Rok LI. Kraków, dnia 11. maja 1912. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wynikach operacyi przetok moczowych

podał*)

Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

W ostatnich trzech latach operowałem 19 przetok moczowych, z tego 17 przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych, lub pęcherzowo-szyjkowo-pochwowych, a dwie przetoki pęcherzowo-szyjkowe. Z tego wyleczyłem 18 przetok, a to 12 po zabiegu jednorazowym, 6 po zabiegu dwurazowym; niewyleczona została chora, która obok rozległej przetoki pęcherzowo-pochwowej okazywała także zupełne zniszczenie cewki moczowej.

Dla operacyi przetok, zdaniem mojem, podobnie jak dla wszystkich zabiegów plastycznych, nie można stwarzać żadnego typu, każdy przypadek przetoki należy operować stosownie do usadowienia, kształtu, oraz stosownie do właściwości tkanek, okalających przetokę. Nie sposób okrwawienia i zeszycia przetoki stanowi o jej gojeniu się, lecz żywotność tkanek zeszytych.

Przed zeszywaniem przetok uwzględniam zawsze kilka zasad, i tak nigdy nie operuję przetok przed zupełnem ukończeniem połogu, to jest dopiero w 8 do 10 tygodni od porodu, podobnie też nie szyję przetok, których brzegi są zapalnie zmienione lub solami inkrustowane; te zmiany muszą być przed zabiegiem usunięte.

Przetoki pęcherzowo-pochwowe lub pęcherzowo-szyjkowo-pochwowe szyję zawsze w ułożeniu chorych na czworakach bez usypiania chorej. Powodzenie doraźnego zgojenia się przetoki zależy zdaniem mojem od starannego szerokiego okrwawienia brzegów, wycięcia doszczętnego wszelkiej tkanki bliznowatej, oraz zeszycia brzegów przetoki tak, by brzegi do siebie przylegały na szerokości jednego cm swobodnie bez żadnego napięcia.

Jeżeli istnieje choćby najmniejsze napięcie, trzeba zdala od przetoki zrobić boczne nacięcia ścian pochwy, które pozwolą na zwolnienie brzegów; o rany powstałe przez to nacięcie zupełnie się nie troszczę, przygajają się one same.

Brzegi przetoki szyję drutem srebrnym lub bronzowym dosyć grubym, szew nie przechodzi nigdy przez ściany pęcherza. Po zabiegu chora leży z cewnikiem na stałe przez 10 dni na tym boku, po którym przetoki nie było. Pęcherz przestrzykuję tylko wtedy, gdy mocz jest krwawy lub mętny. Cewnik usuwam po 10 dniach, szwy po 12 dniach.

Przetoki wysoko ułożone, gdzieby okrwawionej przetoki nie można pokryć ścianami pochwy, operuję inaczej. Chora leży w ułożeniu jak do cięcia kamienia, a wtedy może być już uśpiona, rozcinam u niej sklepienie pochwy na wysokości przetoki, oddzielam pęcherz od ściany szyjki macicznej, wycinam blizny na brzegach przetoki, poczem otwór w pęcherzu zaszywam szeregiem szwów węzełkowych jedwabnych. Następnie szeregiem szwów srebrnych lub bronzowych przyszywam brzeg przeciętego sklepienia do szyjki macicznej powyżej otworu w ścianie szyjki, pozostałego po przetoce, o który to otwór zupełnie się nie troszczę.

W przypadkach wreszcie bardzo wysokiego usadowienia przetoki pęcherzowo-szyjkowej operuję z cięcia brzusznego — przecinam otrzewnę fałdu pęcherzowo-macicznego, oddzielam pęcherz wraz z przetoką od szyjki macicznej, otwór w pęcherzu po wycięciu blizn z brzegów jego zeszywam szeregiem szwów jedwabnych węzełkowych, zeszytą ranę pokrywam otrzewną i tutaj ją przymocowuję, poczem wytwarzam nowy fałd pęcherzowo-maciczny z otrzewnej.

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. A. Rosner).

Włókniak śródotrzewny więzadła obłego macicy.

Podał *)

Dr Józef Schlank,

asystent kliniki.

Guzy więzadeł obłych są już oddawna znane, jakkolwiek piśmiennictwo wykazuje tylko nieliczne opisy, a i te nie są bardzo dokładne.

Pierwsze opisy guzów więzadeł obłych spotykamy w dziele Virchowa »Die krankhaften Geschwülste«, w którem przytacza przypadek opisany przez Waltera (Museum anatomicum Berol., 1805 p. 422, Nr 2160 1334), jako białawy kamyk, który usunięto z prawego więzadła obłego u 36-letniej kobiety; osądzono, że to jest zwapniały włókniak. Znacznie później, bo w r. 1865 Spencer Wells ogłosił 2 przypadki operowanych guzów więzadła obłego. Obydwa

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

guzy były wielkości pomarańczy. Większą pracę w tym kierunku ogłosił Sänger, który zebrał z piśmiennictwa 12 ogłoszonych przypadków.

Sänger podzielił guzy więzadła obłego na 3 grupy stosownie do ich usadowienia się wzdłuż jego przebiegu i tak: 1) na guzy leżące śródotrzewnie, t. j. od przyczepu więzadła obłego do macicy do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego; 2) na guzy leżące śródkanałowo t. j. w kanale pachwinowym; 3) na guzy wychodzące z więzadła obłego, leżącego już po wyjściu z kanału pachwinowego.

Guzy więzadła obłego mają zwykle charakter łagodny i mają po największej części wychodzić z więzadła obłego prawego. Wydarzają się częściej u wieloródek niż u pierwiastek. Stąd przypadek, ogłoszony przez Hasenbalga, zasługuje na wzmiankę, gdyż włókniak ten wychodził z więzadła obłego po stronie lewej i rozwinął się był u dziewicy.

Weber opisuje przypadek utkania mięsakowego.

Włókniaki więzadła obłego leżące śródotrzewnie są o wiele rzadsze, niż śródkanałowe i po wyjściu z niego leżące. Z piśmiennictwa, o ile mi było dostępne, na 80 przypadków włókniaków więzadła obłego 19 tylko było śródotrzewnych. Włókniaki te ze względu na swoje ukryte usadowienie i powolny rozrost o wiele później bywają spostrzegane i tem samem operowane.

Włókniaki te są o wiele większe, niż włókniaki leżące pozaotrzewnie. Guzy te sadowią się przeważnie tuż koło macicy, jak widzimy z pracy Hasenbalga, Kleinwächtera, Schrödera, Ulesko-Stroganowej, Amanna, Claisse, Vossmera, po największej części są one tak duże, że trudno określić punkt wyjścia tego guza. Co do rodzaju włókniaków, to znane są różne postacie włókniaków: włókniaki, włókniako-mięśniaki i mięśniaki z rozszerzonemi naczyniami chłonnemi i tych jest najwięcej, gdyż na 19 opisanych w piśmiennictwie było ich 14.

Również i ja miałem sposobność spostrzegać przypadek włókniaka więzadła obłego, leżącego śródotrzewnie, operowanego w naszej klinice. Należy on do rzadkości ze względu na swoją wielkość, którą przewyższa wszystkie dotąd ogłoszone.

Największy włókniak więzadła obłego opisał Kleinwächter; ważył on 1780 g., wymiar 16×18, budowę miał włóknistą. Przed operacyą był rozpoznany jako guz jajnikowy (Zeitsch. für Geburt. und Gynaecol. VIII, 1882) Amann opisał włókniaka wielkości głowy męskiej.

Poniżej przytoczę pokrótce historyę choroby naszego przypadku:

B., l. 36, l. hist. choroby 87, r. szk. 1909/10, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego dnia 23/III 1910, podając, że od 7 lat rośnie jej brzuch. Oprócz uczucia ciężkości, na inne bóle się nie uskarża. Jest wieloródką, porody siłami natury, połogi prawidłowe. Miesiączki regularnie co 4 tygodnie, bezbolesne, nieobfite. Badanie wykazało, że jest to kobieta dobrze zbudowana i dobrze odżywiona. Narządy klatki piersiowej prawidłowe. Brzuch nadmiernie powiększony, obwodu 104 cm. Przyczyną powiększenia jest guz o konsystencyi mięsistej, wychodzący z miednicy małej, mało ruchomy. Guz ten wypełnia całą jamę brzuszną. Badanie przez pochwę i kiszkę stolcową nie wyjaśnia sytuacyi, gdyż z powodu jednostajnego mięsistego oporu, wyczuwalnego przez wszystkie sklepienia, nie można orzec, skąd ten guz wychodzi. Macicy osobno wybadać nie można. Mocz prawidłowy. Ciepłota 36·7, tętno 88.

Rozpoznanie kliniczne wahało się między guzem wychodzącym z macicy a mięśniakiem jajnikowym.

24. III. 1910 operacya wykonana przez prof. Rosnera, w znieczuleniu lędźwiowem; wstrzyknięto 2% tropakokainy 0·08. Znieczulenie zupełne. Cięciem podłużnem w linii środkowej, długości mniej więcej 20 cm, otwarto jamę brzuszną. Po otwarciu znaleziono guz zbitości elastycznej, wypełniający prawie całą jamę brzuszną, leżący częściowo śródotrzewnie, wychodzący z więzadła obłego prawego. Macica przesunięta w zupełności na stronę lewą, leży na boku na tym guzie. Przydatki prawidłowe.

Operator naciął otrzewnę dokoła guza i starał się ten guz wyłuszczyć, (co do pewnego stopnia dosyć łatwo się udało), mając ciągle na oku moczowód, który biegł w pobliżu tylnej ściany guza. Kiedy guz ten był prawie w całości wyłuszczony z podłoża, natrafiono na gruby postronek. Postronek ten, w którym biegły naczynia tętnicze i żylne, był więzadłem obłem prawem. Po podwiązaniu więzadła guz wyłuszczono. Z podłoża nie było żadnego krwawienia. Jamę powstałą operator zmniejszył, zeszywając katgutem obydwie blaszki przeciętej otrzewnej. Jamę brzuszną zaszyto na głucho.

Guz zbitości chrząstkowatej, barwy białej, na powierzchni swojej gładki, tylko w miejscu, gdzie było więzadło obłe, lejkowate wciągnięcie. Guz ten ważył 4820 gr. Na przecięciu budowy jednostajnej włóknistej, a badanie drobnowidowe wykazało utkanie włókniako-mięśniaka.

Przebieg pooperacyjny ze względu na ranę laparotomijną zupełnie prawidłowy, rana zagoiła się doraźnie. Jednak nieprzyjemnem powikłaniem było obustronne zapalenie płuc i opłucnej, które po 4 tygodniach zupełnie ustąpiło. Operowana opuściła klinikę zupełnie wyleczona.

Przypadek ten ogłaszam ze względu na to, że dosyć mało ogłoszono w piśmiennictwie włókniaków więzadła obłego i że rozpoznanie ich przed operacyą napotyka na pewne trudności i we wszystkich przypadkach dotychczas ogłoszonych rozpoznanie kliniczne było zawsze błędne; rozpoznawano mianowicie przeważnie guzy jajnikowe. Dlatego też słusznie Emanuel radzi w takich przypadkach niejasnych myśleć obok innych guzów o guzach więzadła obłego macicy. Naturalnie trudności rozpoznawcze są tem większe, im większe są rozmiary guza w jamie brzusznej. Tylko przy zupełnie małych guzach można wykazać związek z więzadłem obłem. Wobec tego zrozumiałem jest, że w naszym przypadku o rozpoznaniu przed operacyą nie mogło być mowy, gdyż chodziło tu o największy znany dotąd guz więzadła obłego, przewyższający wagą blisko trzykrotnie nowotwór, opisany przez Amanna. W rozpoznaniu ważną rolę odgrywać będzie wykazanie przesunięcia macicy ku tyłowi i na bok, przemieszczenie pęcherza moczowego na bok i przyleganie guza do powłok brzusznych.

Literatura. 1) Amann jr. (Baumann) 2 Fälle von Fibromyom etc. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. December 1901. — 2) Blum A. Zur Pathologie des Lig. rot. Arch. f. Gyn. Bd. 35. — 3) Courant. Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten des runden Mutterbandes. Festschrift für Fritsch. Leipzig 1902. S. 219. — 4) Claisse. Fibromyome de la port. abd. etc. Annal. de gynec. 1900. — 5) Duncan. Fibrous tumour of the round lig. Edinb. Med. Soc. Med. Journ. 1876. — 6) Delbet et Heresco. Des fibromyomes de la port. abdom. etc. Rev. de chirurg. XVI. Paris 1896. — 7) Emanuel. Über Tumoren des Ligam. rotund uteri. Zeitsch. für Geb. u. Gyn. Bd. 48. — 8) Hasebalg. Fibromyom des Lig. rot. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 23. — 9) Hansemann. Demonstration. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. — 10) Kleinwächter. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 8. — 11) Leopold. Beitrag zur Lehr-

von d. kyst. Unterleibsgesch. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 16. — 12) Michaux. Fibrome de la port. abdom. du lig. rond. Bull. et mem. de la Soc. de chir. 1901 Nr. 6. — 13) Prang. Ein Fall von Fibromyom etc. Inaug. Diss. Königsberg i. Pr. 1900. — 14) Schröder. Verhandl. der Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin 9, Nov. 1883. — 15) Sänger. Weitere Beiträge zur Lehre von den prim. desm. Gesch. etc. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 4. — 16) Ulesko-Stroganowa. Contribut. à l'etude des cyst. etc. 1897. — 17) Vosmer. Zur Pathologie des Lig. rot. uteri. etc. Arch. f. Geb. u. Gyn. 1891. — 18) Walter. Virchow: Die krankhaften Geschwülste (Museum anatomicum Berol. 1805 p. 422 Nr. 2160 (334) — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 3, S. 222. — 19) Weber F. Über Tumoren des Ligam. rotund. uteri. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. B. 9. — 20) v. Winckel. Pathol. der weibl. Sexualorg. Leipzig 1881.

Zapiski lecznicze z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

(Dokończenie).

2. Hormonal.

Biologiczne badania z ostatnich lat pouczyły nas, że wzajemne oddziaływanie na siebie rozmaitych narządów powstaje nietylko za pośrednictwem układu nerwowego, ale że w poszczególnych narządach podczas przemiany materyi tworzy się także cały szereg istot chemicznych, które dostają się wprost do krwi i stąd bywają przenoszone do rozmaitych narządów, gdzie spełniają w prawidłowych warunkach fizyologicznych rolę bodźców, bądź drażniących i pobudzających, bądź też hamujących i osłabiających czynność danych narządów. Mają to być ciała o pewnym wzorze konstytucyjnym, jakkolwiek do dnia dzisiejszego znamy z bardziej skomplikowanych tylko jedno takie ciało pod nazwą adrenaliny, którą można syntetycznie otrzymać. Adrenalina działa nie na zakończenia nerwowe, ale na same mięśnie, — pogląd, który w ostatnich czasach całkowicie stwierdzają badania Holzbacha. Pogląd, że adrenalina działa specyalnie na zakończenia nerwów współczulnych, odpowiada pewnym teoryom, nie zaś faktom (Popielski).

Wszystkie te ciała objął angielski fizyolog Starling nazwą »hormonów«, on też jeden z pierwszych uzasadnił teoretycznie działanie fizyologiczne i znaczenie tych ciał dla ustroju. Nazwę hormon wziął z greckiego wyrazu ὁρμάω (t. z. drażnić lub pobudzać).

Według Starlinga każdy narząd wydziela taki hormon, który ma mieć specyalne działanie w ustroju. Oparty na zasadzie tych prac Starlinga i Baylissa znalazł G. Zuelzer w roku 1908 taki hormon, który wywołuje i wzmaga ruchy robaczkowe jelit. Hormon ten nazwał hormonalem. Według Zuelzera ma się ten hormon tworzyć w żołądku i to na wysokości trawienia, stąd drogą naczyń krwionośnych dostaje się do śledziony, gdzie zbiera się w większej ilości, śledziona jest więc niejako magazynem, który ma zawsze pewien zasób hormonalu. Zuelzer obecnie przyrządza hormonal ze śledziony. Wykazanie hormonalu w śledzionie nie jest pewne i badania jego nie stwierdziły jeszcze dotychczas, czy hormon ten już wytworzony w błonie śluzowej żołądka drogą naczyń krwionośnych dostaje się do śledziony.

To przypuszczenie, że hormony działają wprost na komórki w ustroju, przedstawiałoby istotne znaczenie dla leczniczego ich działania. Dlatego to porównał je Starling z działaniem alkaloidów. Porównanie to hormonalu, który wywołuje ruchy robaczkowe jelit, jest tem trafniejsze, gdyż posiadamy w fizostygminie środek, który podobnie działa na jelita jak hormonal, z tą jednakowoż różnicą, że po fizostygminie następuje skurcz tężcowy jelit, który się posuwa od dwunastnicy aż do prostnicy, hormonal natomiast naśladuje fizyologiczny wzmożony ruch robaczkowy jelit.

Popielski potępia całą tę teoryę Baylissa i Starlinga o hormonach, twierdząc, że ona nie ma żadnej realnej podstawy. Już Denks o tem wspominał, że powstawanie hormonalu według Zuelzera jest hypotezą. Popielski w swej pracy »Teorya hormonów i wyciągi z narządów« twierdzi, że ruch robaczkowy jelit otrzymuje się pod działaniem wyciągu z każdego narządu i że to jest zjawiskiem wtórnem, zależnem od obniżenia ciśnienia krwi, które jest pochodzenia obwodowego i następuje najprawdopodobniej z powodu porażenia zakończeń nerwów naczynioruchowych. Dalej badania jego i Sabatowskiego wykazały, że hormonal, w większej ilości podany, obniża znacznie ciśnienie krwi, co pochodzi od zawartej w nim wazodilatyny, która jest wytworem trawiennym białka z sokiem żołądkowym i trzustkowym. Wskutek tego występują także ruchy robaczkowe jelit.

Hormonal, wyrabiany przez Fabrykę przetworów chemicznych (przedtem E. Schering) w Berlinie, jest to płyn o zabarwieniu jasno-brunatnem, zapachem przypominający nieco kwas karbolowy, łatwo pieniący się z powodu baniek powietrznych, które na jego powierzchni się tworzą. Dawka jednorazowa hormonalu wynosi 20 gramów.

Dla dłuższego utrzymania przetworu i uchronienia go od zepsucia zawiera on jeszcze 0·4 trójkresolu. Dlatego to może on być stosowany jeszcze po 8 miesiącach bez szkody. Stosuje się go tylko w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych i śródżylnych, a zawiera on jeszcze jako dodatek znieczulający 0·25 eukainy.

Według Zuelzera można stosować hormonal z dobrym skutkiem przedewszystkiem w przewlekłych zaparciach stolca, gdzie wedle podania jednorazowe wstrzyknięcie hormonalu nietylko sprowadza kilkakrotne dokładne wypróżnienie, ale równocześnie leczy długotrwałe zaparcie stolca, tak że chory zwykle przez kilka miesięcy, a czasami nawet dłużej, ma codziennie prawidłowy stolec. Dalej poleca Zuelzer podawać ten środek w stanach porażenia jelit, które to stany występują zwykle u chorych po zabiegach operacyjnych, lub ze schorzeniem rdzenia kręgowego. Wreszcie w uporczywym niedowładzie jelit, nie dającym się żadnym środkiem leczniczym usunąć, miał hormonal być stosowany z bardzo dobrym skutkiem.

Działanie hormonalu w przewlekłych zaparciach stolca tłumaczy Zuelzer w ten sposób, że prawidłowe wytwarzanie hormonów jest w tych przypadkach zmniejszone, a wstrzyknięty hormonal dostaje się drogą naczyń krwionośnych do jelit i jest bodźcem do zwiększonego wydzielania hormonu, lub też, bardziej prawdopodobną teoryą, że hormonal działa specyalnie na zwoje nerwowe brzuszne i w ten sposób pobudza ruchy robaczkowe jelit.

Wreszcie poleca Zuelzer wstrzykiwać hormonal jako środek rozpoznawczy w tych przypadkach chorobowych, gdzie nie ma pewności, czy zachodzi przewlekłe zaparcie stolca, czy też jaka mechaniczna przeszkoda n. p. uwięźnięcie, skręcenie jelit, lub wgłobienie. Jeżeli w takich przypadkach w jakiś czas po podaniu hormonalu zaczynają odchodzić wiatry, to można poczekać z zabiegiem operacyjnym; w przeciwnym razie hormonal ma mieć tę zaletę, że nie działa zupełnie szkodliwie na sprawę chorobową.

Ubocznego działania w następstwie wstrzyknięcia, prócz nudności i podniesienia ciepłoty czasami do 38°, nie zauważył Zuelzer nigdy. Hormonal jest według niego środkiem zupełnie pewnym i niewinnym, tak że z łatwością nawet śródżylnie można go stosować w praktyce prywatnej.

Henle, Unger i Saar zgadzają się w zupełności ze zdaniem Zuelzera, a Saar w swej publikacyi o hormonalu radzi wstrzykiwać go w godzinach porannych, by objawy

lekkie ubocznego działania, t. j. nudności i podniesienie ciepłoty, jakie czasami powstają, do wieczora ustąpiły.

Dopiero prace Mohra, Diltlera i Hessego osłabiły nieco zdanie Zuelzera, że hormonal jest środkiem zupełnie niewinnym. Wszyscy ci trzej autorowie mieli po wśródżylnem wstrzyknięciu 10—20 grm. hormonalu objawy ciężkiego zapadu, a w jednym przypadku, który opisuje Hesse, zapad był tak silny, (połączony ze znacznem obniżeniem ciśnienia) że dopiero adrenalina z fizyologicznym rozczynem soli, wstrzyknięta wśródżylnie, ocaliła chorego. Nawiązując do tego przypadku, przestrzega Hesse przed wstrzykiwaniem wśródżylnem hormonalu w praktyce prywatnej. A o ile taki zabieg ma być wykonany, należy przedtem donieść rodzinie o ewentualnych nieprzewidzianych następstwach.

W tutejszej klinice medycznej stosowano hormonal przez cały rok głównie w przewlekłych zaparciach stolca nawykowych (obstipatio habitualis), przy niedowładzie jelit (atonia intestinorum), wreszcie w stanie porażenia jelit (ileus paralyticus).

Dla ilustracyi działania przytaczam te przypadki, w których hormonal wstrzyknięty wśródmięśniowo działał skutecznie.

1. X. Y. robotnik, l. 60 liczący, przyjęty do kliniki z rozpoznaniem: Obstipatio habitualis, L. dz. kl. 282. Chory podaje, że od dni 14 nie miał stolca; wiatry odchodziły kilka razy codziennie. Środki przeczyszczające, jak olej rącznikowy, aloes, kaskara, nie sprowadziły wypróżnienia, z tego powodu zgłosił się chory do kliniki.

Stan obecny: Narządy wewnętrzne prócz miażdżycy tętnic odpowiadającej wiekowi i miernej rozedmy płuc zmian nie przedstawiały, tętno 82, miarowe, dobrze napięte. Brzuch miernie wzdęty; odgłos opukowy bębenkowy, sięgający po stronie lewej od pępka do trzeciego żebra; stłumienia wątrobowego niema z powodu odgłosu bębenkowego nad wątrobą. Nad pętlą esowatą i w dół aż do spojenia łonowego odgłos tępy, w tej okolicy można wyczuć wałek gruby, przy dotyku zmieniający zbitość. W moczu znaczna ilość indykanu.

Wobec tego wstrzyknięto śródmięśniowo w pośladek lewy 20 gramów hormonalu. W trzy godziny później podano łyżkę oleju rącznikowego, który wedle przepisu Zuelzera ma być środkiem pomocniczym dla hormonalu. W sześć godzin po wstrzyknięciu wystąpiły u chorego lekkie dreszcze, połączone z miernem podniesieniem ciepłoty (37·6). W miejscu wstrzyknięcia miał chory uczucie zdrętwienia, zresztą nie miał żadnych dolegliwości. W dwanaście godzin po wstrzyknięciu chory miał obfity stolec, poprzedzony silnymi wiatrami. Stolec ten ważył 2800 gr, był w całości papkowaty, bardzo cuchnący, w nim kilka twardych zbitych grudek wielkości jaja kurzego o zabarwieniu prawie czarnem, smołowatem. Kał badany chemicznie nie przedstawiał nic nieprawidłowego (krwi utajonej nie było). Od tego czasu podczas całego pobytu w klinice, t. j. przez 9 dni, codziennie stolec prawidłowy.

Po dziesięciu dniach chory opuścił klinikę z poleceniem, by się zgłosił po 2 miesiącach. Chory jednak nie zgłosił się. Wobec tego o dalszym stanie chorego nic nie wiadomo.

2. Drugi przypadek dotyczył kobiety, l. 37 liczącej, L. dz. kl. 162., która nagle dostała silnych bólów kurczowych w całym brzuchu, połączonych z odbijaniem się gazami, a później z wymiotami żółciowemi (według podania chorej). Z tymi objawami zgłosiła się chora do kliniki.

Stan obecny: Chora bardzo dobrze odżywiona o podściółce tłuszczowej, zwłaszcza na brzuchu, bardzo silnie rozwiniętej. Chora w całości nie sprawia wrażenia ciężkiego schorzenia; tętno przyspieszone, dosyć dobrze napięte, l. t. 100, język wilgotny, narządy wewnętrzne bez zmian. Brzuch w całości wdęty, nad jelitami wszędzie odgłos wysoki bębenkowy. Z powodu znacznej ilości tkanki tłuszczowej nie można było niczego wyczuć; okolica pętli esowatej przy dotyku miernie bolesna. Od czasu do czasu chora dostaje silnych napadowych kurczowych bólów, które trwają kilka minut. Stawiania się jelit nie można było zauważyć. W moczu niema nic nieprawidłowego. Rozpoznanie kliniczne: Adipositas majoris gradus, coprostasis.

Wobec tego zastosowano lewatywy zwykłe i wlewania głębokie zapomocą miękkiego zgłębnika z oliwą. Zgłębnik na wysokości 10 cm zatrzymał się i nie można go było głębiej wsunąć. Mimo tych zabiegów przez następną dobę wiatrów ani stolca nie było. Odbijania coraz częstsze, tętno szybkie, dochodziło do 150, ciepłota 38°. Jako »ultimum refugium« wstrzyknięto w lewy pośladek 20 cm³ hormonalu.

Wstrzyknięcie było zupełnie niebolesne. Oleju rącznikowego w tym przypadku w trzy godziny po wstrzyknięciu nie podano. Mimo to w osiem godzin po wstrzyknięciu odeszły bardzo obficie wiatry, a w godzinę później stolec, złożony ze zbitych i twardych grudek (pierwszy ten stolec był bardzo bolesny), następny stolec w godzinę później papkowaty, tego samego dnia jeszcze trzy stolce papkowate. Ciepłota wieczorna do 36·8°, tętno 68, miarowe. W dwa dni później chora opuściła klinikę.

3. Chory X. Y., l. 29, zgłosił się do kliniki z powodu bardzo dokuczliwych bólów głowy, które odnosił do przewlekłego zaparcia stolca. L. dz. kl. 307.

Stan obecny: Chory blady, apatyczny, w narządach klatki piersiowej niema nic nieprawidłowego. W moczu ślad białka (0·05‰) od czasu do czasu występujący. Badanie drobnowidowe moczu: Pojedyncze krwinki białe, płaskie nabłonki dolnych dróg moczowych, nieliczne kryształki szczawianu wapniowego, c. g 1·024; elementów nerkowych mimo kilkakrotnego badania nie znaleziono. Badanie krwi: Krwinek białych 5,400, krwinek czerwonych 4,800,000, Hb (Sahli) przy świetle dziennem 78%. Badanie drobnowidowe krwi świeżej nie wykryło nic nieprawidłowego. Badanie krwi barwionej (metoda Jennera) wykazało odsetkowo większą ilość ciałek eozynochłonnych (8%) Rozpoznanie kliniczne: Cephalgia, coprostasis albuminuria orthostatica.

Ponieważ mimo podania oleju rącznikowego i wody gorzkiej nigdy dokładnego wypróżnienia nie było, wstrzyknięto 15 cm³ hormonalu. W trzy godziny później podano łyżkę oleju rącznikowego. Po 12 godzinach stolec obfity, papkowaty. Od tego dnia codziennie stolec. Białka od czasu wstrzyknięcia hormonalu w moczu nie znaleziono, bóle głowy zupełnie ustały. Jak długo ten stan potrwa, na razie powiedzieć nie można; chory pozostaje nadal w obserwacyi klinicznej.

4. Chory X. Y., L. dz. kl. 52. z rozpoznaniem klinicznem: Nephritis chronica, diabetes mellitus, tabes dors. vel pseudotabes diabetica.

Chory od dnia przyjęcia, t. j. od 10 dni, mimo stosowania najrozmaitszych środków wypróżniających nie miał stolca. Między innymi stosowano podskórnie atropinę i pilokarpinę. Atropina nie wywarła żadnego skutku, po pilokarpinie zauważono nieznaczne stawianie się jelit i odeszło nieco wiatrów, stolca jednak nie było.

Dnia 2/III 1912 wstrzyknięto 20 cm³ hormonalu śródmięśniowo w pośladek lewy. W dziesięć godzin później stolec obfity, papkowaty, po kilku godzinach jeszcze dwa stolce.

Wstrzyknięcie było zupełnie niebolesne, ciepłota ciała prawidłowa, chory doznawał tylko przez kilka dni uczucia obcego ciała w miejscu wstrzyknięcia. Od czasu wstrzyknięcia przez 14 dni codziennie stolec bez żadnej pomocy. Po tym czasie stolec codziennie, ale skąpy; z tego powodu wstrzyknięto choremu 7 cm³ hormonalu śródmięśniowo. Po dziesięciu godzinach stolec obfity, bez wzniesienia ciepłoty i bez bolów.

Objawów anafilaksyi nie zauważono. W tydzień potem chory opuścił klinikę, z tego powodu dalsza obserwacya chorego odpadła.

5. Przypadek (L. dz. kl. 323) o tyle godny opisu, że wstrzyknięto hormonal śródżylnie do żyły ramieniowej.

X. Y., murarz, przyjęty do kliniki z powodu: Carcinomatosis peritonei.

Ponieważ chory skarżył się, że cierpi na zaparcie stolca, wstrzyknięto mu do żyły ramieniowej lewej 20 cm³ hormonalu. Prócz posmaku mydła, jaki chory uczuł tuż po wstrzyknięciu, nie było żadnych objawów ubocznego działania hormonalu. Chory czuł się zupełnie dobrze. W sześć godzin po wstrzyknięciu lekkie dreszcze, połączone z podniesieniem ciepłoty, która dochodziła do 37·8°. Po dwunastu godzinach stolec papkowaty, niebardzo obfity. Następnego dnia chory dalej skarżył się na uczucie pełności w jelitach. Podano 2 łyżki oleju rącznikowego, poczem w 4 godziny stolec obfity, papkowaty. W następnych dniach zaparcie stolca, jak przedtem, wobec tego musiano dalej od czasu do czasu stosować najrozmaitsze środki wypróżniające. Uwagi godne u tego chorego było ciśnienie krwi, które mierzono przyrządem Riva-Rocciego tuż przedwstrzyknięciem i w sześć godzin po wstrzyknięciu. Stwierdzono przytem pewne wahanie w ciśnieniu krwi, i tak przed wstrzyknięciem ciśnienie wynosiło 136 m.m Hg, a po wstrzyknięciu w sześć godzin i dnia następnego wynosiło 110 m. m. Hg.

W innych przypadkach zaparcia stolca, w których stosowano hormonal, nie można było stwierdzić należytego i trwałego skutku po tym środku. Co do tego, czy hormonal raz wstrzyknięty działa istotnie nietylko wypróżniająco, lecz także i leczniczo na przewlekłe zaparcie stolca, nie można z tych kilku przypadków nic stanowczego orzec, gdyż u większej części chorych wcześniej czy później zaparcie stolca powracało.

Hormonal można (wobec wyżej opisanych przypadków) stosować w przewlekłych zaparciach stolca, które często klinicznie przedstawiają się jako t. zw. niedrożność jelit (occlusio interna), jakoteż w stanach porażenia jelit.

Piśmiennictwo. 1) G. Zuelzer. Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 46. 2) Saar. Mediz. Klinik 1910. Nr. 11. 3) Prof. Henle. Zentralbl. für Chir. 1910. Nr. 42. 4) Zuelzer. Mediz. Klinik. 1910. Nr. 11. 5) Forkel. Münchner med. Woch. Nr. 35, 1911. 6) Glitsch. Münchener med. Woch. Nr. 23, 1911. 7) Carlo Quadrone. Gazz. degli osped. e delle clin. z 17. X. 1911. 8) Henle. Deutsche med. Woch. Nr. 20. 1911. 9) Kanert, Münchener med. Woch. Nr. 17, 1911. 10) Unger. Berliner klin. Woch. 1911. 11) Zuelzer. Therapie der Gegenwart 1911 maj. 12) Kirschner. Deutsche med. Woch. Nr. 31. 1911. 13) Curschmann. Münchener med. Woch. Nr. 2, 1912. 14) Jakoby. Deutsche med. Woch. Nr. 46. 1911. 15) Pfannmüller. Münchener med. Woch. Nr. 43. 1911. 16) Popielski. Tygodnik lek. Nr. 1. 1912. 17) Adolf Hesse. Deutsche med. Woch. Nr. 14. 1912.

3. Aponal.

Poszukiwanie coraz to nowych środków nasennych jest zupełnie uzasadnione, chorzy bowiem do środków nasennych prędko się przyzwyczajają i z tego powodu lekarz zmuszony jest podawać ten sam środek w coraz wyższych dawkach, lub też środki nasenne zmieniać. Nowoczesna farmakologia nadała pewien kierunek w stwarzaniu środków nasennych, wychodząc z tego założenia, że zachodzi pewien ścisły związek między chemicznym wzorem, a działaniem fizyologicznem tych środków. Obecnie mocznik i jego pochodne związki zajmują niejako poza morfiną pierwszorzędne stanowisko między nowoczesnymi środkami nasennymi. Działanie tych środków tem się zasadniczo różni od działania morfiny, że wszystkie one działają tylko nasennie, ale bólów zupełnie nie uśmierzają. Dlatego też nie ma celu podawanie tych środków u chorych, którzy cierpią na bezsenność z powodu bólów.

Pierwszorzędne i drugorzędne alkohole w połączeniu z mocznikiem nie mają działania nasennego, natomiast w połączeniu z dwoma grupami metylowemi i jedną etylową nabywają tej własności. Takim związkiem pochodnym od mocznika jest weronal (acid. diaethylbarbituricum) o wzorze

$$NH_2 - CO - NH - C \begin{matrix} \diagup CH_3 \\ - CH_3 \\ \diagdown C_2H_5 \end{matrix}$$

Również mają działanie nasenne połączenia alkylowe z grupą aminową kwasu karbaminowego. Etyluretan jest najstarszym środkiem nasennym, ale słabo działającym; grupa etylowa jest w etyluretanie w takiem połączeniu:

$$CO \begin{matrix} \diagup NH_2 \\ \diagdown OC_2H_5 \end{matrix}$$

Podobne działanie, jednak słabsze niż etyluretan, ma metyluretan. Stworzono dalej różne pochodne od uretanu, jak hedonal, t. j. metylpropylkarbinoluretan o wzorze

$$NH_2 - CO - O - CH \begin{matrix} \diagup CH_3 \\ \diagdown C_3H_7 \end{matrix}$$

Uzyskanie estrów z wyżej wartościowymi alkoholami było niemożliwe, dopiero firma Zimmer & Co je stworzyła. Pierwszym takim estrem jest dwumetyloetylokarbinol, zwany aponalem, o wzorze:

$$NH_2 - CO - O - C \begin{matrix} \diagup CH_3 \\ - CH_3 \\ \diagdown C_2H_5 \end{matrix}$$

Jego działanie nasenne polega na zawartości trzeciorzędnego alkoholu (amylenum hydratum), który sam z powodu smaku nieprzyjemnego i woni kłującej sprawia trudności w zastosowaniu, dopiero w połączeniu wyżej podanem zatraca te niekorzystne własności.

Aponal został wprowadzony w handel w postaci kołaczyków, w wodzie nierozpuszczalnych, bez smaku. Z powodu nierozpuszczalności w wodzie działanie nasenne aponalu następuje nieco później. Dawka jednorazowa aponalu wynosi 1 do 2 gramów. Polecają podawać ten środek nasenny przy bezsenności, zwłaszcza w stanach nerwowych ma on po 20—30 minutach sprowadzać sen spokojny. Prócz tego ma on być niejako środkiem pomocniczym u ludzi, którzy z trudnością zasypiają. Podobnie jak inne pochodne od mocznika, środek ten bólów nie uśmierza.

W tutejszej klinice medycznej podawano w ubiegłem półroczu aponal w 48 przypadkach, w których brom nawet w znacznych dawkach zupełnie nie działał, i to głównie w nerwicach, w bezsenności nerwowej, w histeryi i w nerwicy serca. Podawano go w dawkach 1—2 gr. bez objawów ubocznego działania. U niektórych chorych już po 20 minutach następował sen spokojny, trwający osiem godzin. Chory po przebudzeniu się nie uskarżał się na żadne dolegliwości (bólów głowy, jak to często bywa po podaniu weronalu, nie zauważano). U chorych, którym przedtem podano weronal lub morfinę, aponal nie działał. Ilość moczu po zażyciu aponalu nieco się zwiększała (średnio o 200 gramów na dobę).

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych można aponal polecać jako lekki i nieszkodliwy środek nasenny, podobnie jak adalinę i t. p. przetwory mocznika.

Piśmiennictwo. 1) Ziehen. Deutsche med. Wochenschr. 1908 Nr. 14. 2) Thoms. Deutsche med. Woch. 1908 Nr. 14. 3) Harnack und Meyer. Zeitschrift f. klin. Med. T. 24. 4) O. Huber. Mediz. Klinik. 1911. Nr. 32).

Dr Z. Wachtel, asystent kliniki.

Oceny i sprawozdania.

Heller i Pirquet: **Stan sprawy lekarzy szkolnych w Austryi.** (Der Stand der Schularztfrage in Österreich). (Verhandl. der öster. Gesellschaft für Kinderforschung in Wien).

Książeczka ta zawiera bardzo cenne prace, zebrane przez wymienionych w tytule sekretarzy Towarzystwa. Najpierw spotykamy tam pracę Dehrego o organizacyi służby lekarzy szkolnych w Bernsdorf w Dolnej Austryi. Widzimy z niej, że stan odżywienia dzieci szkolnych w 13·32% jest zły, 91·2% okazuje ślady krzywicy, przeszło 3/4 dzieci ma zęby zepsute, a 8·8% ma skrzywienie kręgosłupa. 11·8% chłopców ma zmiany w szczytach płuc, 4·8% przepukliny, 2·2% wady serca, 5·4% wady refrakcyi, 6·6% cierpienia uszne i zły słuch i t. p. Zadanie lekarzy szkolnych polega w Bernsdorf na badaniu t. zw. rekrutów szkolnych, nadzorowaniu dzieci słabowitych, badaniu (w jesieni) pobieżnem

innych dzieci, szczepieniu, walce z chorobami zakaźnemi, badaniu budynków szkolnych i t. p.

Prof. Escherich omawia rolę lekarza szkolnego w zapobieganiu chorobom zakaźnym, przyczem zwraca uwagę na to, by nauczyciele byli lepiej kształceni w higienie. — Doc. Alexander zajmuje się sprawą badania słuchu u dzieci szkolnych, przytaczając statystyki lekarzy szkolnych, które wykazują, że niemal 30–40% dzieci szkolnych cierpi na choroby ucha lub słyszy niedokładnie (!). Napewno 1/4 dzieci szkolnych ma narząd słuchu nieprawidłowy. Należałoby zakładać szkoły dla dzieci źle słyszących i mniej inteligentnych. — Wallisch omawia kwestyę dentystów szkolnych. Joyl zdaje sprawę z urządzeń higieniczno-lekarsko-szkolnych w Bernie, opisując jakie walki staczać musiano z początku, nim instytucya ta zyskała zaufanie gminy i społeczeństwa. W Bernie założono dentystyczne ambulatoryum szkolne; niestety musiano je po kilku tygodniach zamknąć, bo kosztowało za dużo, (roczny budżet 80.000). We wszystkich szkołach nowszych są w Bernie natryski, a prócz tego dzieci biedne dostają w lecie wolne bilety na kąpiele rzeczne i naukę pływania. — O opiece nad wzrokiem dzieci szkolnych pisze Doc. Kuhn, twierdząc, że każde dziecko powinno być badane raz na rok co do bystrości wzroku. — Ortopedyczne zadania lekarza szkolnego rozpatruje Aberle (25% dziewcząt ma skrzywienia kręgosłupa), proponując wprowadzenie racyonalnej gimnastyki, prowadzonej choćby przez odpowiednio wykształcone siły nauczycielskie (kurs gimnastyki ortopedycznej). — Niemniej ważne jest zadanie lekarza szkolnego w cierpieniach nerwowych (Doc. Zappert) i skórnych (Ullmann). — Sprawę szkół pomocniczych dla dzieci nierozwiniętych dostatecznie umysłowo porusza Dr Heller. W Niemczech uczęszcza do takich szkół z wielkim pożytkiem około 12.000 dzieci. W Austryi dotąd jest zaledwo 7 takich szkół. Ze szkół tych przeszło 70% dzieci wychodzi potem jako zupełnie normalni członkowie społeczeństwa. Słusznie też parafrazuje Heller słowa W. Hugo: »Załóżcie szkołę pomocniczą, a możecie za to zamknąć jedno więzienie.« O przyjmowaniu dzieci do takich szkół rozstrzygać powinna cała osobna komisya, by lekarz nie zrażał sobie rodziców, którzy nieraz dopiero oddając dziecko do szkoły, dowiadują się, że jest ono nienormalne umysłowo. Działać tu musi wspólnie pedagog i lekarz. — Prof. Sternberg wyraża w swej pracy życzenie, by instytucya lekarzy szkolnych była i przy kursach fachowych pomocników rzemieślniczych, których w samym Wiedniu jest przeszło 40.000 tysięcy. — Dr Friedjung omawia sprawę objaśniania płciowego w szkole, kładąc nacisk na to, by lekarze w pierwszym rzędzie objaśniali rodziców, jak z dziećmi pod tym względem mają postępować. Drugą drogą objaśniania są nauki przyrodnicze.

Stronę administracyjną omawia Dr praw Saus, który proponuje, by na cele higieny szkolnej powiększyć nieco podatek spadkowy, podobnie jak ma się rzecz z funduszem szpitalnym i dla biednych. Higieną szkolną zająć się powinno państwo w drodze odpowiedniej ustawy. — Prof. Escherich zaleca dwie kategorye lekarzy: 1) szkolny (Schularzt), 2) dla uczniów (Schülerarzt). Pierwszy spełniałby czynności więcej administracyjne, drugi higieniczno-lekarskie. — Prof. Schattenfroh jest zdania, że w dużych miastach powinni badać dzieci specyaliści po kolei, a dzieci ubogie powinny być za darmo leczone w odpowiednich ambulatoryach.

W końcu dziełka spotykamy wreszcie wnioski wytyczne, przyjęte przez Towarzystwo. Obejmują one wszystkie zadania higieny szkolnej, domagają się ogólnego wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych w szkołach ludowych i średnich, tworzenia klas dla upośledzonych umysłowo dzieci, szkół leśnych, kolonii wakacyjnych i gimnastyki ortopedycznej. Jeden lekarz szkolny może nadzorować najwyżej 500—1000 dzieci. Pożądaną rzeczą byłyby kąpiele szkolne i odżywianie dzieci szkolnych. Lekarze powinni mieć głos w Radach szkolnych okręgowych i krajowych. W seminaryach należy kształcić nauczycieli starannie w higienie, by z czasem stać się oni mogli pomocnikami lekarzy szkolnych.

Klęsk.

Abhandlungen über Salvarsan, gesammelt von Prof. P. Ehrlich, Band II. München 1912, J. F. Lehmann. Cena 10 marek.

Powyższa firma wydawnicza wydała znowu zbiór prac o salwarsanie, ogłoszonych w ciągu r. 1911 w »Münchener med. Wochenschrift« i uzupełniła ten zbiór niektóremi publikacyami z tej dziedziny, drukowanemi w »Deutsche med. Wochenschrift«. Podobnie, jak w tomie pierwszym, ułożono i w niniejszym kilkadziesiąt prac, jedne w całości, inne w części, w pewne działy, omawiające technikę, zachowanie się ustroju, działanie na zmiany kiłowe różnych okresów, na różne inne zmiany chorobowe, jakoteż działania uboczne; przez ten podział całość zyskuje na przejrzystości. Ehrlich sam dodał do zbioru wstęp i zakończenie, w którem nie ogranicza się tylko do stwierdzenia znanych szczegółów z prac autorów, ale omawia także obszernie przypadki neurorecydyw lub zakończone nieszczęśliwie, tłomacząc przyczynę zejścia niepomyślnego i polemizując niejednokrotnie z autorami. Ilość tego rodzaju przypadków zmniejsza się stale w miarę wzrostu doświadczenia w stosowaniu salwarsanu, w miarę przybywania wiadomości co do wskazań i przeciwwskazań.

Takie zestawienie większej ilości prac, ogłaszanych w tej ważnej dziś sprawie i krytyczne ich opracowanie w różnych kierunkach, dotąd mało jeszcze zbadanych, ma wielkie znaczenie, bo daje ogólny przegląd postępu w stosowaniu nowego przetworu, będącego już obecnie w powszechnem użyciu i zyskującego odpowiednią do swej wartości wziętość. To też należy się uznanie ruchliwej firmie monachijskiej za wydawnictwa tego kierunku.

F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Krogius. **W jaki sposób możemy dojść do porozumienia w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego?** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 12). Autor jest tego zdania, że spór między chirurgami a internistami w sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego jest bezcelowy, bo według K. zawsze daje się rozstrzygnąć z góry, czy mamy do czynienia z przypadkiem, idącym ku lepszemu (leczenie wewnętrzne), czy ku gorszemu (leczenie chirurgiczne). Bardzo rzadko spotykamy przypadki, które odrazu już okazują najcięższy przebieg, i wtedy naturalnie operacya natychmiastowa jest konieczna. Należy zwracać uwagę głównie na ciepłotę, bóle, wymioty, dreszcze, napięcie brzucha i t. p. Gdy choć jeden z tych objawów jest wybitniejszy, należy operować. Dlatego też nie powinno się chorym podawać narkotyków. Chory, mający tak silne bóle, że trzebaby mu podać morfinę, powinien być zaraz operowany. W przypadkach wątpliwych lepiej zasięgnąć rady chirurga. Autor sprawdził słuszność tych zapatrywań od 7 lat w setkach przypadków. K.

Cramer. **Ruchoma kątnica a przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 12—13). Może zanadto wyłącznie wszelkie cierpienia w prawej okolicy biodrowej odnosi się do wyrostka robaczkowego. Dowodzą tego najlepiej przypadki bez poprawy po wycięciu wyrostka. Swego czasu odrzucono pojęcie »zapalenia kiszki ślepej«, obecnie jednak znów skłaniamy się

do tego, że przecież przyczyną cierpień w tej okolicy nieraz bywa właśnie kiszka ślepa. Autor jest też dlatego przeciwnikiem wycinania wyrostka, »gdzie go się dopadnie«, bo laparotomia nigdy nie jest zabiegiem obojętnym. Taksamo nie może autor polecać operacyi tam, gdzie skutku jej nie jest pewnym, np. właśnie tam, gdzie rozpoznanie waha się między sprawą w wyrostku, a kiszce ślepej. Wszak Wilms podaje szczerze, że przy swoich operacyach z powodu rzekomego przewlekłego zajęcia wyrostka znalazł wyrostek w 25% zupełnie prawidłowy! Wielu twierdzi, że częstą przyczyną cierpień tej okolicy jest t. zw. kątnica ruchoma. Inni sprzeciwiają się temu, podnosząc, że ruchomość kątnicy jest zbyt częstą, by uważać ją za chorobową. Bolesność t. zw. punktu Mc Burneya jest objawem bardzo względnej wartości. Jeżeli zwraca się pilną uwagę, to można łatwo się przekonać, że niezmiernie często istnieje takażsama bolesność i po stronie lewej, bo zależy ona często od tkliwości splotów nerwowych na brzuścu mięśnia lędźwiowo-udowego (psoas). Jeżeliby kątnica ruchoma sprawiała tak często objawy, to powinnyby one występować tak samo i po stronie lewej w zagięciu esowatem, jeszcze więcej ruchomem. Fischler kładzie nacisk na niedowład kątnicy i wprowadza nazwę »typhlatonia«. Herz zaś upatruje przyczynę choroby w niedomykalności zastawki między jelitem grubem, a cienkiem. Wogóle więc panuje w tej sprawie ogromne zamieszanie i różnica zapatrywań, cechująca się najrozmatszemi nazwami choroby (prócz wspomnianych, jeszcze: »pericolitis«, »pseudoappendicitis«, »typhlectasia«, »typhlocolitis«, »typhlospasmus« i t. d.). Głównymi objawami są: zaburzenia czynności kiszki, zatwardzenia, względnie na przemian biegunki, bóle nad prawym talerzem biodrowym, najsilniejsze przy walcowaniu kiszki palcami, kolki, nieraz z gorączką, niestrawność, silne wzdęcia, zły sen, bóle i zawroty głowy, nerwowość, a nieraz wyczuwalny guz kiełbasowaty 3—4 cm szeroki, a do 10 cm długi (czasem guz łudząco przypomina nerkę). Leczenie jedynie dyetetyczne (bo chirurgiczne zawodzi), usuwanie nieżytu, uregulowanie dyety i stolca, kąpiele, miesienie, elektryzowanie i t. p. Polecają też kefir, yoghurt, ser, unikanie jarzyn, wewnętrznie celem odkażania kiszek ichtyol, mentol, gwajakol, ichtalbinę, przy kurczach atropinę, ew. lewatywy z tymolu 1:1000. Korzystnie działa leczenie w Wiesbaden, Kissingen, Homburgu, okłady alkoholowe i t. p. Wogóle w rozpoznaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego i wskazaniach do operacyi trzeba być bardzo ostrożnym. Operacya wskazana jest tylko przy silnych przypadach z powodu zrostów, bólów, zwężenia i t. p., zresztą pozostaje ona bez skutku. K.

Kehr. **Kiedy należy po wycięciu pęcherzyka żółciowego naciąć i sączkować przewód żółciowy wspólny, choć się w nim nie wyczuło kamieni.** (Arch. f. kl. Chir. 97. II). K. sączkuje przewód wspólny zawsze, gdy spotka zmiany w trzustce, rozszerzenie przewodu, dalej gdy w wywiadach są dane o żółtaczkach, dreszczach i odchodzeniu kamyków, przy mętnej żółci dobywającej się z pęcherzyka, dalej przy zmianach wątroby (marskość, powiększenie itp.). Wycina zaś woreczek bez sączkowania przewodu, gdy nie ma wspomnianych zmian i gdy zgłębnik przechodzi gładko z przewodu pęcherzykowego do wspólnego i do brodawki i gdy nie ma powiększenia gruczołów limfatycznych koło przewodu. Oczywiście także nie sączkuje, gdy pęcherzyk usuwa tylko z powodu zrostów. K. sączkuje zwykle od kikuta przewodu pęcherzykowego rurką w kształcie litery T (długie ramię wsuwa się do przewodu wątrobowego). K.

König. **O uszkodzeniach stawu kolanowego.** (Med. Klinik 1912 Nr 14). Uszkodzenia kolana, nieraz z pozoru niewinne, pociągnąć mogą za sobą trwałe skutki, zwłaszcza pozostaje często uporczywy wysięk lub kończyna szybko nuży się przy chodzeniu, albo też zjawiają się nagle silne bóle. Z tego też powodu niektórzy przy wysięku zwykłym lub krwawym radzą nie czekać wessania, lecz odrazu staw nakłuwać, a potem zaraz rozpoczynać ruchy i próby chodzenia. Zwłaszcza zachwalają ten sposób lekarze wojskowi. Nieraz, jak to K. stwierdził przy operacyach, następowe przypady, zwłaszcza osłabienie kończyny i bóle są skutkiem zrostów w stawie i wtedy zwykle zabieg operacyjny daje poprawę. Zwykle K. postępuje w następujący sposób: Każdego chorego z uszkodzonem kolanem bada promieniami Röntgena, w razie uszkodzenia zwykłego układa do łóżka w szynie, stosując opatrunek uciskowy odrazu, miesienie uda i goleni. Od 6. zaś dnia dołącza lekkie miesienie kolana samego i ostrożne ruchy, potem gorące powietrze, a gdy wysięk zniknie, pozwala chodzić z opaską lub kapką kolanową. Dopiero jeżeli to leczenie zawodzi, (co dowodzi powikłania w kości, chrząstkach lub dużego pęknięcia torebki), wykonuje nakłucie, ew. decyduje się po powtórnem zdjęciu rentgenowskiem na zabieg operacyjny. Do najczęstszych uszkodzeń należą tu pęknięcia chrząstek półksiężycowatych, torebki, więzadeł krzyżowych lub bocznych, obrzmienie okolicznej tkanki tłuszczowej (Hoffa) i t. p. Wogóle uszkodzeń kolana, nawet pozornie drobnych, nie powinien lekarz nigdy lekceważyć, zawsze ostrożnie rokować, by wina następstw nie spadła na niego. K.

Lange. **Przypadłości stopy płaskiej i ich leczenie.** (Tow. lek. monach. I. 1912). Przed 30 laty sądzono, że przy t. zw. stopie płaskiej musi koniecznie być brak wysklepienia podeszwy i polecano bez względu na stan szablonowo wkładki. Badanie odcisku stopy niema wielkiej wartości, bo w 50% mimo silnych przypadłości daje wynik ujemny. Podług siedliska bólów rozróżnia L. pięć grup cierpienia: 1) Obniżenie wysklepienia bez zmiany ułożenia stopy. Bole na grzbiecie i pod spodem (typowa stopa płaska; leczenie: wkładka). 2) Wysklepienie prawidłowe, odchylenie stopy na zewnątrz (pes valgus). Bóle koło kostek i w stawie skokowym. Leczenie: ustawienie stopy na równi pochyłej i odpowiednia wkładka. 3) Kombinacya obu powyższych grup (najczęstsza). 4) Bóle w pięcie, głównie po stronie wewnętrznej (valgus) lub środkowej (ostroga). Leczenie: odpowiednia wkładka pogłębiająca lub zabieg operacyjny. 5) Bóle od przodu stopy w okolicy główek kości śródstopia, wywołane zmianami w okostnej wskutek przeciążenia stopy. Leczenie: odpowiednie zgłębiające wkładki. Za najlepszą wkładkę uważa L. kombinacyę celuloidu z drutem stalowym. Wkładka taka, jako tania, okazała się bardzo cenną w kasach chorych. K.

Max Jerusalem. **Przyczynek do leczenia słońcem gruźlicy chirurgicznej.** (Zeitschrift f. phys. u. diät. Ther. zeszyt VII. 1911). Korzystne działanie słońca w przebiegu gruźlicy chirurgicznej może objawiać się przedewszystkiem w górach, bo promienie słońca, przechodząc przez czyste i suche powietrze górskie, nie tracą nic lub bardzo mało na swojem nasileniu. Dlatego w górach ziemia może być ogrzana, a powietrze pozostaje świeże (mniej ogrzane). W nizinach dzieje się inaczej, tam bowiem promienie słoneczne, nim dojdą do ziemi, muszą przejść przez warstwy powietrza, zawierające obficie pył, drobnoustroje i parę wodną, przez co promienie słoneczne tracą na sile, a powietrze więcej się ogrzewa, niż w górach. Weissglas.

Położnictwo i ginekologia.

Nassauer. **Leczenie osuszające.** (Münchn. med. Woch. 1912, Nr. 10 i 11).

Autor poleca zamiast przepłukiwań pochwy płynami odkażającymi w przypadkach białych upławów leczenie osuszające za pomocą sproszkowanej glinki armeńskiej (bolus alba). W tym celu skonstruował N. rozpylacz, zwany sykkatorem. Zalety tej metody polegają na tem, że proszek dociera wszędzie i wywołuje dzięki swym własnościom adsorpcyjnym natychmiast podmiotowe uczucie ulgi, a po kilku dniach przedmiotowo dające się stwierdzić polepszenie przez zmniejszenie się wydzieliny. Leczenie to stosują

sobie chore same. Dało one dobre wyniki również u dzieci i osesków. Z innych przetworów dobrą jest kseraza, subeston, 20% lenicet (działanie ściągające na błonę śluzową pochwy). Połączenia glinki z H_2O_2 są dobre, lecz nie trwałe. Szczególnie dobrą okazała się glinka z nowojodyną 10% (Novojodin-bolus) przy przewlekłych zapaleniach przydatków, zmianach kiłowych, kłykcinach. Głównie leczył N. w ten sposób z pomyślnym wynikiem wiewióra podostrego i przewlekłego; szczególnie wdzięcznem polem okazała się ostra sprawa tryprowa. Również wrzody pochwy, odleżyny, ustępowały szybko pod pokładem glinki. Być może, że metoda ta da się zastosować również jako sposób przeciw zastąpieniu. A. Markowa.

King. **Wpływ dwoinek wiewiórowych na przebieg połogu.** (The Americ. Journal of obstetric. Febr. 1912).

Autor rozróżnia 2 grupy przypadków: 1) gdzie połóg wikła wiewiór utajony, t. zn. zakażenie nastąpiło na dłuższy czas przed zastąpieniem; pod wpływem przekrwienia, wywołanego ciążą, dwoinki, pobudzone do wydatnej działalności, powodują obfite upławy w ostatnich miesiącach ciąży, a posuwając się w górę w pierwszych tygodniach połogu, wzniecają zmiany zapalne w przydatkach, najczęściej jako zapalenie jajowodu ze zrostami i z następową bezpłodnością i obfite odchody ropne. Objawy kliniczne są niestałe, szczególnie zawodzi podwyższenie ciepłoty. Bolesność czasami nieznaczna, w innych przypadkach utrzymuje się przez całe życie, tworząc tło nieuleczalnej neurastenii.

Grupa druga, gdzie zakażenie nastąpiło tuż przed lub w czasie ciąży. Swieżo wprowadzone dwoinki znajdują dobre podłoże w rozpulchnionej i przekrwionej tkance, pozbawiają wydzielinę pochwy jej bakteryobójczych własności i przyczyniają się w ten sposób do wywołania zakażenia połogowego przez inne zarazki. W tych warunkach wszelkie badania i zabiegi są niebezpieczne. Rzadziej wikłają dwoinki przebieg połogu, z wyjątkiem przypadków, gdzie wywołany przez nie ropień pęka i powstaje zapalenie otrzewnej. Autor opisuje przypadek świeżego ropniaka jajowodu, powstałego w ciąży i przypuszcza, że dwoinki dostały się tu do jajowodu razem z plemnikiem.

Rzadszym objawem w połogu jest posocznica gonokokowa. W jednym przypadku zakażenia połogowego znalazł autor we krwi czystą hodowlę dwoinek tryprowych. Poród przebiegał prawidłowo. Lofaro znajdował dwoinki we krwi przy różnych sprawach tryprowych, a przy zapaleniu sromu i pochwy nawet w 50% przypadków.

A. Markowa.

Doc. Schickele i R. Weller: **O t. zw. przewlekłem zapaleniu macicy i torbielkowatem zwyrodnieniu jajników; stosunek ich do krwawień macicznych.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Ponieważ badania śluzówki macicy nie mogły wytłomaczyć nieprawidłowych krwawień, szukano przyczyny ich w ścianie samej macicy, w przekonaniu, że stany patologiczne warstwy mięśniowej i tkanki łącznej potrafią tu rzucić pewne światło. Theilhaber i jego uczniowie utrzymywali, że nieprawidłowe krwawienia maciczne najczęściej są następstwem niedomogi warstwy mięśniowej macicy. Badania autorów zupełnie tego nie potwierdziły. Stosunek ilościowy warstwy mięśniowej do podłoża łącznotkankowego nie ma na powstanie krwawień żadnego wpływu, a silniejszy rozwój tkanki łącznej można wykazać bardzo często u kobiet starszych, które kilkakrotnie rodziły, mimo braku wszelkich krwawień. W ostatnich czasach starano się tłómaczyć krwawienie zmianami anatomicznemi jajników, a mianowicie wskazywano tu na drobnotorbielkowate ich zwyrodnienie, zgrubienie osłony i naczyń, jakoteż przyrost tkanki łącznej. Badania autorów wykazały, że i to tłumaczenie nie ma podstawy. Przeważająca ilość badanych jajników była zupełnie prawidłowa albo okazywała nieznaczne tylko zmiany. E. Ehrenpreis.

Prof. P. C. T. van der Hoeven: **Śluzówka macicy.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Przyczyna zaburzeń miesiączkowych, nieprawidłowych i nieregularnych krwawień macicznych, leżeć może albo w śluzówce macicy, albo w ścianie samej macicy, albo poza macicą, a mianowicie w jajnikach lub gdzieś indziej w ustroju. Tam, gdzie przyczyna leży w śluzówce, obwiniać należy tylko naczynia krwionośne. Jeżeli one z jakiegokolwiek powodu uległy zmianom, rozszerzeniu, lub w połogu nie wróciły do stanu pierwotnego, wówczas mogą istotnie być źródłem częstych i obfitych krwawień. Są to przypadki, gdzie wyskrobanie macicy odnosi prawie zawsze skutek, w przeciwieństwie do przypadków, gdzie przyczyna krwawień leży w ścianie macicy lub poza nią, n. p. w jajnikach, w zmianach zapalnych okołomacicznych, w przekrwieniu z powodu przewlekłego zaparcia stolca, w wadach sercowych, w chorobie nerek, lub wreszcie, gdzie obwiniać należy wpływ nerwowy. Do przyczyn, leżących w ścianie macicy, należy stwardnienie tętnic (krwawienia w okresie przejściowym) i niezdolność energicznego kurczenia się warstwy mięśniowej około tych naczyń. Niedomoga taka wystąpić może wskutek zaniku włókien mięsnych lub znacznego rozrostu tkanki łącznej (wiek starczy), a także wskutek wpływów nerwowych, osłabiających napięcie włókien mięsnych (stany asteniczne, błednicze); pewne znaczenie może mieć wreszcie silny rozwój naczyń (samogwałt) i obfite odżywianie się przy niedostatecznym ruchu.

E. Ehrenpreis.

Otto Burckhardt: **Sapremia czy bakteryemia?**
Hans Friedrich: **W sprawie sapremii i bakteryemii przy poronieniach gorączkowych.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Badania Schottmüllera wykazały, że beztlenowce, które zwykło się uważać za względnie nieszkodliwe, wywierające swój wpływ tylko miejscowo, mogą wśród pewnych warunków nabyć większej żywotności i wywołać nietylko toksemię, t. j. zatrucie krwi produktami swej przemiany materyi, ale mogą nawet same przejść do krwi i wywołać istotną bakteryemię.

Nie tak rzadko należy gorączki połogowe po porodach, a szczególnie po nieczystych poronieniach odnieść do powyższych właściwości beztlenowców, które w niektórych przypadkach jedynie we krwi znaleziono (streptococ. saprogenes anaërobius). Wtargnięcie ich do krwi może wywołać nawet bardzo ciężki przebieg choroby, szczególnie jeżeli wytworzyły się zakrzepy, obraz kliniczny zupełnie podobny do ciężkiego zakażenia złośliwymi paciorkowcami. Dalsze badania wykażą, o ile dotychczasowy podział tych drobnoustrojów należy zatrzymać, pod jakimi warunkami drobnoustroje sapremiczne nabierają własności drobnoustrojów septycznych i o ile z rodzaju ich wnosić można o rokowaniu. E. Ehrenpreis.

Doc. Schickele i R. Weller: **Przerost gruczołowy (hyperplasia glandularis) śluzówki macicy, jego stosunek do krwawień macicznych.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Przyrost i przerost gruczołów śluzówki macicy, stan, który Hitschmann i Adler uznali za fizyologiczny dla okresu przedmiesiączkowego, znaleźć można także niezależnie od zmian miesiączkowych, jako stan z pewnością patologiczny. Te zmiany gruczołowe, z wyjątkiem rzadkich przypadków, nie są wywołane przez sprawy zapalne i dlatego nazwa »endometritis glandularis« nie jest odpowiednia i należy ją raczej zastąpić określeniem »hyperplasia et hypertrophia endometrii«. Stosunku przyczynowego między tymi stanami gruczołów a krwawieniami z macicy nie można wykazać; takiesame zmiany można wprawdzie znaleść w przebiegu krwawień, najczęściej jednak nie ma ich zupełnie nawet przy bardzo silnych krwotokach macicznych; z drugiej strony znowu mogą być zmiany takie bardzo wybitne mimo zupełnego braku krwawień. Natomiast mo-

żna przy krwawieniach, jak przy okresach miesiączkowych, znaleść zawsze przekrwienie, a więc rozszerzenie naczyń, i obrzęk całej śluzówki z odpowiedniemi zmianami komórek łącznotkankowych podłoża. Częsta bezskuteczność skrobania przy krwawieniach macicznych przemawia również za tem, że między przyrostem i przerostem gruczołów śluzówki a krwawieniami nie zachodzi stosunek przyczynowy. E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

E. Delbanco: **Liszaj żrący prosówkowy, wyleczony nowotuberkuliną.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 110). Chorego z wyżej wymienioną zmianą skóry, rozsianą na twarzy i głowie owłosionej, którą to sprawę autor zalicza stanowczo do grupy zmian gruźliczych, leczono wstrzykiwaniami nowotuberkuliny, poczynając od 1/500 mg., kończąc na 15/50 mg. Po 25 wstrzykiwaniach, stosowanych mniej więcej co trzeci dzień, w dawkach powoli się zwiększających, którym towarzyszył słaby odczyn gorączkowy, nastąpiło w przeciągu 74 dni zupełne wyleczenie.
H. L. Weber.

Haavaldsen: **Czy szukanie krętka bladego ma jakiekolwiek znaczenie rozpoznawcze w wydzielinie błony śluzowej dzieci kiłą wrodzoną obarczonych?** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 110).
Na pytanie powyższe odpowiada autor, że znaczenie tych badań jest niewielkie. W przypadkach, gdzie jedynym objawem kiły wrodzonej, jak to zresztą bardzo często bywa, jest tylko sapka, znalezienie krętka bladego jest ogromnie trudne. Na 65 przeszukanych preparatów, sporządzonych z wydzieliny nosa trzynastu osobników, zaledwie w dwóch znaleźć było można krętki. Prawie zawsze natomiast znajdował autor krętki u dzieci, gdzie obok sapki były objawy kiły ogólnej. H. L. Weber.

Juliusberg: **Przypadek ciężkiego zatrucia rtęcią.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110).
U kobiety, liczącej lat 45, zresztą zupełnie zdrowej i silnie zbudowanej, wystąpiły naraz po 27. wcieraniu szaruchy (po 4 gr.) objawy silnego zatrucia. Bez uprzednich jakichkolwiek oznak, nawet bez śladu zapalenia dziąseł, pojawiła się nagle u tej chorej wysypka podobna do płoniczej, ciepłota ciała podniosła się do 40°, wystąpiły silne biegunki i białko w moczu. Po 15 dniach zejście śmiertelne. Sekcya zwłok wykazała poważne zmiany w śledzionie, w nerkach i okrężnicy. H. L. Weber.

Lie. **Przyczynek statystyczny o trądzie** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110).
Autor twierdzi, że trąd może się bezsprzecznie przenieść i przenosi się z jednego osobnika na drugi, niewiadomo tylko, czy przenosi się wprost, czy też zapomocą jakiegoś pośrednika. Jako dowód niebezpieczeństwa stykania się z trędowatymi podaje autor następującą statystykę: W rodzinach, gdzie jedynie ojciec był dotknięty trądem, choroba przeniosła się na dzieci w 10·27%, gdzie matka była chorą — w 16·36, (dzieci o wiele więcej stykają się z matką), gdzie oboje rodzice byli trędowaci — w 39·19%. Statystyki innych autorów są z powyższą w zupełnej zgodzie. H. L. Weber.

Meirowsky. **O przenoszeniu się barwika skóry.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 109).
Drogi, któremi barwik skóry może się przenieść z miejsca na miejsce, są dwie, jedna w głąb skóry przez komórki wędrujące, a przedewszystkiem naczynia limfatyczne, druga na zewnątrz przez komórki rogowaciejące i odpadające. Tym drugim sposobem powstaje zdaniem autora leukodermia swoista. W pewnych miejscach barwik komórek razem z niemi złuszcza się i odpada, nowo zaś powstające komórki nie posiadają barwika, gdyż nie mogą go wytworzyć wskutek trującego działania jadu krętka bladego. H. L. Weber.

Rothe. **Syringomata.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 108).
Na podstawie badań histologicznych drobniutkich guzków, biało przeświecających, spotykanych nierzadko na powiekach, twarzy, czasem w okolicy mostka, a zwanych syringomatami, R. twierdzi, iż są one porozszerzanymi gruczołami potnymi. W nabłonku znalazł autor glikogen.
H. L. Weber.

Dreuw. **O przepłukiwaniu i miesieniu cewki moczowej** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110).
D. opisuje przyrząd przez siebie obmyślony, a polegający na podziurkowanym jednym w drugi wstawionym cewniku. Rozczyn 3% octanu glinowego, wprowadzony z irygatora do zewnętrznego cewnika wypływa odpowiedniemi dziurkami do cewki moczowej prostopadle do błony śluzowej, opłukuje wnętrze cewki i wchodzi z powrotem do cewnika wewnętrznego (odprowadzającego płyn na zewnątrz), wywołując pewnego rodzaju miesienie błony śluzowej i wypłukując z jej zaułków dwoinki. Przyrządem wyżej opisanym leczył D. dotychczas 12 przypadków wiewióra przewlekłego przedniej części cewki (?!). »Wyniki leczenia« — pisze D. — »są tak dobre (z 12 owych przypadków zostało 9 w przeciągu 5—8 tygodni zupełnie wyleczonych), że radziłbym metody onej spróbować«.
H. L. Weber.

F. Grön. **Przyczynek do historyi kiły na północy.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110). Poszukiwania pierwszych historycznych śladów kiły w Danii, Norwegii i Szwecyi dały następujące wyniki: G. nie znalazł żadnych wskazówek, jakoby kiła występowała na północy przed rokiem 1495, znalazł zaś liczne dowody, iż zaczęła szerzyć się dopiero po roku 1502, i to epidemicznie najpierw w Danii i Szwecyi południowej, a później dopiero w północnej Szwecyi i Norwegii. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 27 marca 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 82.

1) Prof. Kader przedstawił i omawiał przypadki operowane: **zapalenia wyrostka robaczkowego** z następowem przebiciem do jamy brzusznej (zaszycie), zapalenia otrzewnej z powodu zgorzelinowego zapalenia wyrostka, **resekcyi lewego płatu wątroby z powodu bąblowca, wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego,** wycięcia **nowotworu mózgu** (mięsak?), 110 grm. ważącego u chorego z porażeniem lewostronnem, ślepotą i padaczką.

2) Kol. Gertler: **O nowych sposobach odróżnienia prątków duru od prątków okrężnicy.**

Chociaż sposoby odróżnienia prątków durowych od prątków okrężnicy postąpiły w ostatnich latach naprzód, uwzględniając pożywki podane przez Conradiego i Drigalskiego, Endo, próbę aglutynacyjną, próbę Pfeiffera, badanie wody według Hoffmanna i Fickera, mimo to szukano innych sposobów, a raczej pożywek, ponieważ poprzednio wspomniane są dość trudne do przyrządzenia i na nich prątki durowe i okrężnicy bardzo obficie wyrastają. Löffler podał pożywkę z zielenią malachitową, a następnie z dodatkiem safraniny i reinblau (1909), później Padlewski pożywkę agarową z zielenią malachitową i dodatkiem żółci. Przyrządzanie i tych pożywek okazało się mozolnem i dużo zachodu wymagającem, skoro w nowszych czasach podano jeszcze inne pożywki. Kindborg używa 3% agaru z dodatkiem 0·75 cm. normalnego ługu sodowego, 5% cukru mlecznego, do którego dodaje 5 cm wodnego rozczynu

nasyconego fuksyny kwaśnej (Grüblera), a nadto 4 cm. zieleni malachitowej I. A. (w rozczynie 1:120). Na tej pożywce wyrastają prątki durowe obficie i odbarwiają ją na jasno, prątki okrężnicy, również obfite, są w pierwszym dniu niebieskawe (lub fioletowe) na ciemno-fiołkowem tle, w drugim dniu czerwienieją; prątki rzekomo durowe (paratyphus) A nie wyrastają, zaś rzekomodurowe B, prątki czerwonki Shigi jak durowe, mątwiki cholery nie wyrastają. (Demonstracya płytek zapomocą projekcyi).

Conradi dodaje do 3% agaru, zobojętnionego według rozczynu fenolftaleiny, tyle kwasu fosforowego, aby 100 grm. agaru wymagały 3 cm. ługu normalnego do zobojętnienia, następnie 0·66 cm. 1% wodnego rozczynu zieleni brylantowej (Brillantgrün extra rein Grüblera) i 6·6 cm. 1% kwasu pikrynowego. Pożywka ta nie dawała dobrych wyników w krakowskim Zakładzie higieny co do duru i okrężnicy, natomiast okazała się dobrą dla odróżnienia prątków rzekomodurowych A od B; pierwsze dawały kolonie małe, lśniące, porcelanowe, drugie kolonie szerokie, chropawe, nieco żółtawe, schodkowate (terasowe) z bruzdami równoległemi do brzegów i promienistemi.

Werbitzki uprościł nieco pożywkę, gdyż do agaru zobojętnionego na lakmus, dodał 1·3% normalnego ługu sodowego, a nadto na 100 cm. dodał 1·4—1·5 cm zieleni chininowej (0·2%). Ostatnia pożywka okazała się najprostszą, ale na niej wyrastały prątki durowe i okrężnicy jednakowo obficie, durowe w postaci małych kolonii porcelanowych, okrężnicy szerokie, nieco schodkowate, podobnie wyrastały rzekomodurowe B, zaś rzekomodurowe A były podobne do paciorkowców (bardzo małe kolonie przeźroczyste). Pożywka ta napozór nie nadawała się do odróżnienia prątka duru od prątka okrężnicy. Gdy jednak zaszczepiono na jednej płytce mieszaninę prątków durowych i okrężnicy, różnica kolonii była wybitniejszą: durowe były bardzo drobne, zaś prątków okrężnicy duże. Ponieważ przy użyciu tego podłoża zachodziła obawa, jak i przy dotychczas używanych, że w razie obecności małej ilości prątków durowych wcale ich wykazać nie będzie można, należało dążyć do tego, aby stosunek kolonii był odwrotny, t. j. aby kolonie durowe były duże i obfite, łatwo nadające się do drobnowidowej aglutynacyi, a okrężnicy małe. Wielu badaczy, Löffler, Padlewski i inni, starało się o uzyskanie takiej pożywki, ale ze skutkiem ujemnym.

Ponieważ w ostatnich dniach udało się w krakowskim Zakładzie higieny uzyskać bardzo prostą pożywkę, na której prątki durowe dobrze wyrastają, a prątki okrężnicy nadzwyczaj słabo, albo wcale nie, przeto prelegent przedstawia ją i hodowle na niej otrzymane.

Do agaru zwyczajnego zalkalizowanego do alkaliczności śliny, dodaje się 1·5% zieleni chininowej (0·2%), nadto 1% rozczynu metyloranżu (1:1000), rozlewa się na płytki i po 24 godzinach pożywka gotowa jest do szczepienia. Na niej wyrasta obficie prątek durowy i rzekomodurowy B, prątek zaś okrężnicy bardzo słabo, jak paciorkowiec, lub wcale nie, inne zaś znaleść się mogące w przewodzie pokarmowym, jak rzekomodurowy A, czerwonki i cholery, wcale nie wyrastają. Wyjałowienie gotowych pożywek wpływa niekorzystnie.

Bardzo dobrą okazała się także płynna pożywka następująca: Do bulionu cukrowego (gronowego) dodaje się 1·5% rozczynu zieleni chininowej i 1% rozczynu metyloranżu. Prątki durowe nieco mącą pożywkę, ale barwy nie zmieniają, prątki okrężnicy wyrastają obficie w znacznych kłaczkach, osiadających na dnie i odbarwiają pożywkę na żółto. Gdy dodajemy do jednej rurki prątki durowe i okrężnicy, pożywka zachowuje się tak, jak gdyby zawierała tylko prątki durowe, co można było stwierdzić przez przeszczepienie kropli z tej pożywki na inne stałe podłoże. Widocznie przez współżycie obu rodzajów prątków wyrastają prątki durowe na niekorzyść prątków okrężnicy.

Zapomocą tych pożywek prawdopodobnie ułatwione będzie szukanie prątków durowych w stolcach, zawierających małą ich ilość, łatwo otrzymać będzie można większe kolonie durowe dla celów aglutynacyjnych, a nadto ułatwione będzie badanie wody co do obecności prątka durowego. (Demonstracya podłoża, barwików, hodowli płynnych i płytek z hodowlami).

Posiedzenie z dnia 24 kwietnia 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 35. Jako goście pani Dr Joteyko z Brukseli i Dr Mayer ze Lwowa.

1) Kol. Wąsowicz: **Jakie choroby przewlekłe nadają się do leczenia w zdrojowiskach polskich.** (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Pelczar: **Balneoterapia chorób serca.** Przedstawiwszy pokrótce historyę rozwoju balneoterapii w cierpieniach serca, oraz wyniki badań obcych i swoich na tem polu doświadczeń nad sposobem działania kąpieli, głównie solankowych i słono-gazowych, na serce zdrowe i chore, dochodzi prelegent do przekonania, że kąpiele te są jednym z bardzo dodatnich czynników leczenia cierpień serca. Ponieważ jednak optymizm w tym kierunku i entuzyazm za daleko zaszedł, a leczenia kąpielowego wprost nadużywać poczęto, niezawsze z pożytkiem dla chorego, zaznacza prelegent, że zasadniczo można kąpiele stosować tylko wówczas, jeśli mięsień sercowy nie jest jeszcze pozbawiony sprawności i zdolny jest jeszcze do jej odzyskania. Rozstrzyga tu przeto badanie sprawności mięśnia sercowego, mniej zaś względna jakość cierpienia serca. Jakie zaś wówczas należy stosować kąpiele, rozstrzyga wysokość parcia krwi. Wiadomo bowiem, że obok zawartości soli i bezwodnika węglowego, ciepłota wody kąpielowej jest czynnikiem różnie wpływającym na wysokość parcia. Punktem zwrotnym jest ciepłota 34° C, kąpiel o ciepłocie niższej od 34° wywołuje podniesienie się parcia krwi i zwolnienie tętna. Zupełnie odwrotnie się dzieje w kąpieli o ciepłocie ponad 34° C. Stąd wypływają wskazania, jakie ciepłoty w poszczególnych cierpieniach stosować można.

Przy tej sposobności przytacza prelegent sceptyczne zapatrywania szkoły angielskiej, głównie Mackenziego, oraz liberalniejsze szkoły niemieckiej i francuskiej, jak Rosenbach-Smith-Herz, Huchard i inni.

W końcu zajmuje się prelegent wskazaniami i przeciwwskazaniami, do których zasadniczo zalicza zniesienie wyrównania krążenia, wysoko posuniętą miażdżycę naczyń tak mózgowych jak i aorty, zwłaszcza z rozdęciem połączoną, oraz tętnic wieńcowych serca. Nerwice serca więcej nadają się do psychoterapii i hydroterapii. Przeciwwskazania wreszcie stanowią inne cierpienia, z cierpieniem serca połączone, jak gruźlica płuc, zimnica, zapalenia ucha środkowego, oraz nieukończone jeszcze zapalenie stawów. Prelegent podnosi wreszcie znaczenie innych niemniej ważnych czynników obok zabiegów kąpielowych, jak psychoterapii, mechanoterapii, elektroterapii, higieny w używaniu, swobody, wygód, zmiany klimatu i t. d., które razem zastosowane w zdrojowisku składają się na pomyślne wyniki leczenia zdrojowo-kąpielowego, a w końcu omawia sposób stosowania zabiegów kąpielowych przy leczeniu serca w Truskawcu, gdzie obecnie liczba chorych na serce wynosi przeszło 50% wszystkich leczących się.

3) Kol. Frączkiewicz: **O klimatologii i klimatoterapii.**

Klimatologia i klimatoterapia zająć powinna w dziale nauk lekarskich obok balneologii i balneoterapii należne jej miejsce i brak tych nauk w czasie studyów uniwersyteckich przykro uczuwać się daje później lekarzowi w praktyce. Pod względem klimatologii i balneoterapii skazani jesteśmy na samopomoc, jesteśmy samoukami z wielką szkodą dla chorych i lecznictwa w ogólności. Dziwić się należy zaniedbaniu tych nauk przez nasze Wydziały lekarskie. Z tejto przyczyny tak mało mamy prac naukowych

z zakresu klimatologii i balneoterapii, a i te prace, które są, z powodu braku materyału t. j. odpowiednich danych, są nieścisłe i niedokładne, a poniekąd i błędne. Klimatologia wymaga ścisłości i sumienności. Prelegent podaje główne jej zarysy, a więc definicyę klimatu, jego warunki, sposoby badania, podział naukowy i wskazania. Chcąc klimat danej miejscowości ocenić, musi się wszystkie jego czynniki poznać, i to nie jednorazowo, nie z jednego roku, lecz z szeregu lat, gdyż czynniki te ulegają wahaniom i średnie dane są dopiero miarodajne. Brak katedry balneologii i klimatologii da się zatem odczuć jeszcze dziesiątki lat, gdyż każdy rok zwłoki odsuwa dokładne, ściśle naukowe opracowanie zdrojowisk i miejsc klimatycznych o lat dziesiątki, a musimy sobie otwarcie powiedzieć, że oprócz obserwatoryów astronomicznych w Krakowie i we Lwowie żadna inna miejscowość i żadna stacya klimatyczna, żadne zdrojowisko nie jest ściśle naukowo pod względem klimatologicznym zbadane i określone. Smutne to, lecz prawdziwe, i fakt ten należy bez ogródek podać czynnikom miarodajnym do wiadomości. Chcąc przecież określić wskazania terapeutyczne do leczenia klimatycznego, musimy poprzednio mieć pewne teoretyczne dane, a klimat jest też ważnym czynnikiem w leczeniu zdrojowem. My tymczasem kierujemy się doświadczeniem, zdobytem może zdrowiem naszych pacyentów, doświadczenie to nie ma jednak danych naukowych i jest nieścisłe i niejasne, oparte na podmiotowych danych, udzielonych nam przez chorych. Tem góruje nad nami zagranica i to jest przyczyną, że miliony grosza idzie za granicę, bo tam od dziesiątek lat miejscowości i stacye klimatyczne są ściśle klimatologicznie zbadane i obserwowane, u nas zaś, jeśli są jakie spostrzeżenia, to takie, które pracę utrudniają raczej, niż wyjaśniają; nie ma ludzi wyszkolonych, nie ma odpowiednich w nauce przyjętych przyrządów, nawet powiedziećby można, nie ma dobrej woli, aby złe naprawić. (Wykład ilustrowany był kilkunastu zdjęciami fotograficznemi z jedynej polskiej stacyi klimatycznej nadmorskiej, Połągi, która nadaje się znakomicie do leczenia klimatycznego dla chorych naszych, u których klimat morski jest wskazany. (Streszczenie własne).

Zastępca sekretarza dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 7. lutego 1912 r.

Przewodniczący: kol. Krusche, sekretarz: Sonenberg.

1. Kaufman przedstawia chorą **operowaną** z powodu choroby **Basedowa**, a u której K. **spostrzegał przebieg ciąży i porodu.** Chora ma lat 35, zachorowała przed 5 laty, przed 2 laty była operowana przez Kochera, który dokonał u niej tyreoidektomii. Obecnie w linii środkowej szyi widzimy (szeroką około 3 ctm. i długą 8 ctm.) bliznę, po bokach zaś wypuklają się płaty pozostałe gruczołu tarczowego. Lekkie wysadzenie oczu. Tętno prawidłowe. W czasie ciąży nie zauważono powiększania się gruczołu tarczowego, nie spostrzegano też większych, niż zwykle bywa, objawów »intoksykacyi ciężarnych«. Poród odbył się przed 5 miesiącami, trwał 3 doby i zakończony został skutkiem bardzo powolnego rozszerzania się ujścia macicznego zapomocą hysterotomii przedniej oraz kleszczy. Chora karmi, peryody miewa jednak obfite. W ostatnich czasach zauważono powiększenie się obwodu szyi o 2 ctm., skutkiem powiększenia się pozostałych płatów gruczołu tarczowego, zwłaszcza zaś lewego.

2. Kol. Grosglik pokazał chłopca dotkniętego **strupniem** (favus) na ciele (ze szpitala Poznańskich).

3. Kol. Prezes przeczytał odezwę Komitetu wszechsłowiańskiej wystawy i Zjazdu higieny publicznej w Petersburgu. Odezwa zaprasza Tow. lek. łódzkie do udziału zarówno w pracach Zjazdu, jak i w wystawie.

4) Kol. Sonenberg przeczytał rzecz pt.: **Przypadek dziedzicznego przymiotu w drugiem pokoleniu.** Treść odczytu w zarysach ogólnych jest następująca: Kilka słów na wstępie w sprawie terminologii, używanej przez większość autorów, a określającej przekazywanie choroby w dziedzictwie, kolejno i dwukrotnie, jako dziedziczenie w »drugiem« pokoleniu. Dzieje przypadku spostrzeganego przez prelegenta. Objawy przymiotu trzeciorzędnego, spostrzegane przezeń przed 17 laty u osoby, która wówczas miała lat 50. Choroba żony tego chorego, stwierdzona kilka lat później, jako porażenie postępowe. Szereg objawów, spostrzeganych w owym czasie przez prelegenta u jednej z córek owych chorych, 12-letniego naówczas dziewczęcia, które świadczyły o tem, że przymiot został przekazany dziedzicznie. Szereg poronień u tejże córki w pierwszych latach po wyjściu za mąż za człowieka zdrowego, którego prelegent miał sposobność wielokrotnie badać, zarówno przed, jak i po ożenieniu się jego. Stwierdzenie przez prelegenta w końcu roku ubiegłego objawów przymiotu u trojga jej dzieci. Rozwiązanie wszystkich dat powyższych, wzajemny stosunek przytoczonych szczegółów i wypływający stąd wniosek, że w danym przypadku mamy dwukrotne, kolejno w 3 pokoleniach występujące obarczenie dziedziczne przymiotem. Poglądy, istniejące w nauce na sprawę dziedziczności w drugiem pokoleniu. Względy logiczne, pozwalające nie wątpić o możliwości takiego dziedziczenia przymiotu. Trudności, nastręczające się przy unaocznianiu klinicznem tego zjawiska. Braki, dostrzegane zwykle w przypadkach, mających świadczyć o dziedziczeniu przymiotu w drugiem pokoleniu, a osłabiające wiarogodność podawanego faktu. Warunki i zastrzeżenia, którym zadość czynić powinien każdy przypadek, gdzie przypuszczamy przymiot dziedziczny w drugiem pokoleniu, jeśli ma on być przedmiotem dociekania naukowego. Szczegółowy rozbiór przytoczonego przez prelegenta przypadku.

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Grosglik, Kaufman, Garliński.

Kol. Grosglik wypowiada przypuszczenie, że stwierdzony przez prelegenta przymiot u trojga dzieci mógł nie być chorobą odziedziczoną, lecz nabytą jako »syphilis insontium«. Wogóle, zdaniem kol. G., gdy mowa o dzieciach, mających kilka lub kilkanaście lat, nie mamy prawa mówić o przymiocie dziedzicznym, jeżeli tych dzieci nie obserwowaliśmy bezustannie, od chwili ich urodzenia się, tylko bowiem takie obserwowanie dziecka od pierwszych chwil życia, bez przerwy, może wyłączyć pomyłkę w rozpoznaniu i dać nam tę pewność, że dany przypadek jest istotnie przymiotem dziedzicznym. Co się tyczy ojca owych dzieci, u którego nie stwierdzono przymiotu ani przed jego ożenieniem się, ani nigdy później, to zdaniem kol. G., nie wyłącza to jednak możliwości, że był on tą chorobą dotknięty.

Kol. Kaufman zapytuje prelegenta, czy poronienia, o których wspomina, następowały po sobie kolejno w pierwszych latach po wyjściu chorej za mąż, czy przeciwnie, były przeplatane porodami prawidłowymi?

Kol. Garliński podczas bytności swej w Paryżu widział młodego chorego, leczonego przez prof. Fourniera i Gałęzowskiego, u którego znaleziono szereg objawów przymiotu dziedzicznego, a wśród nich najwybitniej występowało zapalenie miąższowe rogówek. Ponieważ u rodziców chorego nie było wcale oznak ani dziedzicznego, ani nabytego przymiotu, przeto przypadek ten obudził gorące zainteresowanie się nim. Dopiero prof. Fournier odnalazł w swych księgach, że rodzice matki chorego leczyli się w swoim czasie u niego z powodu nabytego przymiotu. Tym sposobem w omawianym przypadku przymiot odziedziczony przepuścił jedno pokolenie, aby następnie ukazać się jawnie w pokoleniu drugiem. — Wogóle miąższowe zapalenie rogówki co najmniej w 80% przypadków rozwija się na tle przymiotu i to najczęściej dziedzicznego, a zaledwie niecałe 20% przypadków tej choroby powstaje na tle innych chorób konstytucyjnych, jak gruźlica, zołzy i t. d.

W odpowiedzi kol. Grosglikowi Sonenberg zaznacza: Co do przypuszczenia oponenta, że przymiot wnuków, o których mowa, mógł być chorobą nie dziedziczną, lecz nabytą, jako »syphilis insontium«, Sonenberg zwraca uwagę oponenta na fakt stwierdzenia w danym przypadku choroby u wszystkich dzieci. Jeżeli przymiot niewinnych, który jest zjawiskiem bardzo rzadkiem u nas, możnaby jeszcze było przypuścić u jednego z dzieci, to przypuszczenie. iż omawiane cierpienie nabyte zostało tą drogą aż przez troje dzieci, które stanowią rodzeństwo, zmniejsza prawdopodobieństwo takiego zarażenia się do tego stopnia, że w danym przypadku liczyć się z niem nie należy. Co się zaś tyczy wypowiedzianego przez kol. G. poglądu, że tylko wówczas możemy u dzieci, mających kilka lub kilkanaście lat, przypuszczać, że przymiot ich jest odziedziczonym, jeżeli owe dzieci obserwujemy od chwili ich urodzenia się, bezustannie, przez cały szereg lat, Sonenberg odpowiada, że pogląd taki nie może być brany na seryo. Coś podobnego mogłoby się chyba zdarzyć tylko wyjątkowo, przy niezwykłym zbiegu okoliczności, gdy naprzykład lekarz, obserwujący chore na przymiot dziecko, jest ojcem tegoż dziecka i jednocześnie sam jest dziedzicznie przymiotem obarczony. Lecz byłoby to zdarzenie wyjątkowo niezwykłe. Zacieśnianie omawianych warunków i zastrzeżeń do tego stopnia, jak tego pragnie kol. G., należy do zapatrywań utopijnych, nie liczących się z rzeczywistością. Co się tyczy pytania, czy posiadamy zupełną pewność, że ojciec owych trojga dzieci nie miał przymiotu, pytanie to już wystarczająco wyjaśnił prelegent w swym odczycie. Kol. Kaufmanowi: Czy poronienia występowały u chorej kolejno w pierwszych latach po wyjściu za mąż, czy też były przeplatane porodami prawidłowymi — prelegent nie wie; zdaje się, że poronienia były tylko w pierwszych latach po ślubie. Kol. Garlińskiemu na pytanie, czy zapalenie rogówki stwierdził okulista, prelegent odpowiada twierdząco, matka bowiem przed przybyciem do S. była z dzieckiem u okulisty, gdyż cierpienie oka wystąpiło wcześniej, aniżeli cierpienie goleni.

5. Kol. Goldman pokazał chorą, u której usunął **z kiszki grubej guz**.

Tenże pokazał preparat **usuniętej części kiszki**, uległej zgorzeli z powodu ucisku i zamknięcia światła, wywołanego sprawą zapalną skutkiem cierpienia wyrostka.

Posiedzenie z d. 21. lutego 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1. Kol. Goldenberg pokazał przypadek do rozpoznania, a mianowicie dziecko z wybroczynami krwawemi przeważnie na twarzy.

2. Przeczytano listy kol. Dembickiego i Raczyńskiego, zapraszające członków Towarzystwa do zwiedzenia w kwietniu r. b. Ciechocinka, celem zaznajomienia się z warunkami Ciechocinka, jako zdrojowiska.

3. Kol. Handelsman zawiadomił zebranych o powstaniu w Łodzi Oddziału Warszawskiego Towarzystwa badań dzieci i zachęcał członków Towarz. Lekarskiego do zapisywania się w poczet członków wzmiankowanego Oddziału.

4. Kol. Birencweig: **O istocie i znaczeniu nadkwaśności i niedokwaśności moczu.**

Kwaśność moczu zależy od kwaśności krwi, a ta, od obecności kwaśnych fosforanów, powstałych pod wpływem CO_2 na fosforany alkaliów. Określa się kwaśność moczu sposobem Joulie zapomocą zobojętniania rozczynem tlenku wapna w wodzie ocukrzonej (1 tlenku wapna, 25,0 cukru 30 wody do litra). Jestto płyn, łatwo się zmieniający pod wpływem CO_2 z powietrza, należy więc co drugi dzień określać jego miano zapomocą normalnego kwasu szczawiowego $\frac{\text{N. oxal.}}{40}$. Joulie obmyślił przyrząd składający się 1) z cylindra miareczkowanego 0—7, przyczem objętość cylindra do O=20 ctm³, a 0—7 zawiera podziałki=0,2 ctm.³, 2) z naczynia zawierającego wodę wapienną, a tak skonstruowanego, iż spływa kroplami do moczu ew. $\frac{\text{N. oxalic}}{40}$ Określamy miano wody wapiennej w ten sposób, iż do 20 ctm³ $\frac{\text{N. ac. oxalic.}}{40}$ + kropla fenolftaleiny, dodajemy kroplami wodę wapienną, aż wystąpi czerwone zabarwienie; ilość ctm.³ – n. wywołuje to zabarwienie; 20 ctm.³ $\frac{\text{N. oxalic.}}{40} = 0{,}0245\ H_2\ SO_4$ czyli miano T. S. $= \frac{0{,}0245}{n}$ czyli 1 ctm.³ wody wapiennej zobojętnia $\frac{0{,}0245}{n}\ H_2\ SO_4$, wyrażamy bowiem kwaśność moczu jako równoważnik kwasu $H_2\ SO_4$.

Kwaśność moczu określamy w sposób następujący:

Do 20 ctm³ moczu przesączonego dodajemy kroplami wodę wapienną dopóty, dopóki powstałe zmętnienie się jeszcze rozpuszcza. Koniec odczynu wskazuje zmętnienie stałe, nie znikające, stanowi je bowiem trójfosforan wapnia, nierozpuszczalny w środowisku obojętnem. Kwaśność w litrze moczu A = Ts. S. 50, przyczem Ts = miano wody wapiennej, S = ilości ctm.³ wody wapiennej, zużytej do zobojętnienia kwaśności zawartej w 20 ctm³ moczu i wyrażonej jako równoważnik $H_2\ SO_4$, a A czyli kwaśność litra moczu będzie 50 razy większa, czyli A = Ts. S. 50.

Joulie określa składniki moczu w stosunku % do ilości części stałych, które określa jako różnicę wagi litra moczu i litra wody przy tej samej ciepłocie. N. p. ciężar właściwy moczu D (densité) = 1028 przy ciepłocie 20° C. waga litra wody przy ciepłocie 20° C = 998,259, czyli waga części stałych przy ciepłocie 20° C będzie 1028

$$\begin{array}{r} 1028 \\ -\ 998{,}259. \\ \hline 29{,}741 \end{array}$$

Cyfrę tę 29,741 oznacza Joulie jako E (excedent de densité de l'urine sur l'eau). R A czyli stosunek kwasności litra moczu do części stałych równa się $= \frac{\text{R A} = \text{Ts. S. } 50{,}100.}{\text{E}}$ (W danym konkretnym przypadku E = 29,741). W moczu człowieka zdrowego stosunek ten wyraża się cyfrą 4—5, średnio 4,5.

Stan kwaśności R A większy niż 4,5 nazywa się nadkwaśnością, a stan kwaśności R A $<4{,}5$ stanowi niedokwaśność. Statystyka wykazuje, iż na 2774 określań kwaśności 74% niedokwaśności $= <4{,}5$, 8% nadkwaśności $= >4{,}5$, 24% prawidłowe $= 4{,}5$.

Niedokwaśność moczu R A $<4{,}5$. Przyczyny: 1) Amoniak, wytwarzany przez komórki, jako produkt dezasymilacyi białka, podczas gdy inne komórki wytwarzają mocznik. Prawidłowo komórki wątroby, jak przekonują doświadczenia Cyona i Nenckiego, przetwarzają amoniak na mocznik; zmniejszenie czynności wątroby już nawet o 1/27 wystarczy, aby amoniak nie przeistoczony z tego powodu w mocznik zobojętniał wogóle kwaśność ustroju. 2) Jarskie pożywienie. 3) Wody alkaliczne. 4) Klimat — jako ciepłota i stopień wilgoci, uwalniając ustrój od kwasów organicznych zapomocą obfitych potów.

Następstwa niedokwaśności: 1) Tachykardya z powodu zmniejszonej lepkości krwi, a więc ułatwionej pracy serca. 2) Hypertermia. 3) Skłonność przy niedokwaśności do miażdżycy naczyń i stwardnień (sclerosis) narządów. Skłonność do złogów soli wapiennych, gdyż fosforan wapna tylko kwaśny jest rozpuszczalny, trójfosforan zaś tworzy osad. 4) Niedokwaśność uspasabia do gruźlicy: hodowle łaseczników gruźliczych lepiej się udają w środowisku zasadowem. Przy szczepieniach moczu podejrzanego co do gruźlicy w celu rozpoznawczym należy zobojętniać mocz ługiem sodowym. 5) Niedokwaśność wywiera wpływ fatalny na przebieg gruźlicy, wywołując upadek odżywienia przez przyspieszoną wymianę materyi.

Nadkwaśność moczu R A > 4,5. Przyczyny: Dyspepsia acida — z powodu fermentacyi. Zależy od złego ustosunkowania jakości lub ilości pokarmów do siły trawiennej żołądka i jelit. Kwasy organiczne, powstałe skutkiem fermentacyi, zwiększają kwaśność krwi przez rozkład dwuwęglanów, a to zwiększa ilość kwaśnych fosforanów. Nadkwaśność z biegiem czasu przechodzi w niedokwaśność; przyczynia się do tego zobojętnianie kwaśności żołądka alkaliami; wytwarzanie w jelitach amoniaku skutkiem gnicia zawartości jelit.

Następstwa nadkwaśności: Skłonność do piasku i złogów moczanowych w nerkach i innych narządach.

W dyskusyi kol. Silberstrom zapytuje prelegenta, dlaczego wymieniony autor zarzucił metodę miareczkowania ługiem, oraz dlaczego do badania używa tylko moczu z nocy? — Kol. Trenkner przypomina, że podczas gruźlicy następuje demineralizacya ustroju i że na tem spostrzeżeniu jest oparte leczenie fosfacydem, oraz mówi o broszurze Brylińskiego, który wyraża się o tem leczeniu z uznaniem.

Kol. Birencweig odpowiada kol. Silberstromowi: Określenie kwaśności moczu zapomocą ługu sodowego i barwiących wskaźników (fenolftaleina, lakmus i t. d.) daje wyniki niejednakowe, stosownie do użytego wskaźnika. Wobec zabarwienia moczu wskaźnik barwiący nie nadaje się do operacyi. Kol. Trenknerowi: Przy leczeniu gruźlicy należy uczynić zadość 3 wskazaniom: 1) podnieść stopień kwaśności moczu czyli kwaśności ustrojowej wogóle, aby przeciwdziałać przyspieszonej przemianie materyi, 2) kompensować demineralizacyę ustroju przez wprowadzanie fosforanów, 3) dostarczyć materyału dla przyspieszonej przemiany materyi w celu zaoszczędzenia tkanek ustroju, któreby uległy utlenieniu. Pierwszym dwom wskazaniom czyni zadość phosot czyli kombinacya kreozotu z kwasem fosforowym, który w ustroju ulega rozkładowi na kreozot i kwas fosforowy. Trzeciemu wskazaniu zadość czyni kuracya tuczenia, o ile przewód pokarmowy nie uległ zaburzeniu.

E. Sonenberg.

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

(Ciąg dalszy).

Otóż podług Księgi pamiątkowej »od tego typu kuchni normalnej odbiegają wszystkie kuchnie szpitali warszawskich z wyjątkiem Dzieciątka Jezus, Starozakonnych i częściowo św. Ducha«. Jabym nawet ten wyjątek uważał za nieuzasadniony. Najlepiej jeszcze stosunkowo przedstawia się obecnie po przebudowaniu kuchnia w Szpitalu Starozakonnych; w czasie, o którym mowa, i ona nie odpowiadała nawet skromnym wymaganiom. Co się tyczy kuchni Szpitala Dzieciątka Jezus, to ta ani jednemu z wyżej przytoczonych postulatów nie odpowiada. Nie miała ona pokoju do podziału (właściwie chyba do wydawania) potraw, pokoju do przyrządzania pokarmów mięsnych, pokoju do czyszczenia jarzyn. Pomieszczenie do mycia naczyń — to ciupa, zupełnie na to nie wystarczająca i nie mająca nawet odpowiednich urządzeń potemu. Skład i lodownia urządzone są źle i niewystarczająco. Właściwie kuchnię tworzyła jedna duża izba bez wentylacyi odpowiedniej z małą przylegającą do niej ciupką. W tej izbie odbywało się wszystko, a zatem zarówno przyrządzanie wszystkich bez wyjątku potraw (nawet siekanie i rąbanie mięsa), gotowanie i pieczenie, jako też i wydawanie służbie pawilonowej, która latem i zimą wchodziła z t. zw. kopsakami do środka, wnosząc śnieg i błoto na obuwiu. Ciasnota niemożliwa, zaduch, brud — oto obraz kuchni Szpitala Dzieciątka Jezus. Od tego czasu zrobiono wprawdzie małą przybudówkę dla służby, która obecnie nie wchodzi do środka kuchni po potrawy, lecz je otrzymuje przez okno. Jednakże stanowi to niewielki postęp naprzód. Jaka panuje w kuchni ciasnota, można już z tego sądzić, że pieczenie mięsa odbywa się nie w dzień wydawania go chorym, lecz w wigilię. Dziś popołudniu muszą w dwóch lub trzech porcyach wstawiać kolejno pieczeń (odrazu się nie zmieści), by ją opiec na wieczór, a jutro dać chorym odgrzewaną na obiad. Rano tego zrobić nie można, gdyż i całe przedpołudnie, począwszy od bardzo wczesnego rana, służba kuchenna zajęta jest przyrządzaniem zup i jarzyn. Trzeba bowiem tu dodać, że w jednym i tym samym kotle muszą być ugotowane trzy potrawy, np. zupa, jarzyna i klej. Kocioł na mleko mieści 100 garncy, a powinien mieścić około 300. A trzeba dodać, że u nas chorzy jadają właściwie trzy razy dziennie, nie pięć razy, jak zagranicą.

Przeładowanie szpitala chorymi usprawiedliwia ten obraz tylko częściowo, gdyż kuchnia szpitalna nie obsługuje za to Domu Wychowawczego, jak to było przy jej budowie postanowione. Cały ten powyższy obrazek przedstawiłem nieco obszerniej, by wykazać, co się działo i dziś jeszcze dzieje w innych szpitalach, skoro magistrat uznał porządki kuchenne w Szpitalu Dzieciątka Jezus za normalne.

W dalszym ciągu przeglądu szpitalnictwa warszawskiego Księga pamiątkowa zaznacza, że pokoje do przyjmowania chorych szpitalnych i ambulatorya są zupełnie nieodpowiednie. Służba szpitalna ma pomieszczenie niestosowne, a w wielu szpitalach musi spać na salach chorych, ponieważ oddzielnego pomieszczenia dla niej niema.

Także i wewnętrzne urządzenia oddziałów szpitalnych zupełnie nie odpowiadają obecnym wymaganiom. Sale operacyjne, z wyjątkiem czterech szpitali, są zupełnie niewystarczające; podręczne pracownie lekarskie posiadają tylko niektóre szpitale. W wielu szpitalach urządzenie łóżek i stolików zupełnie nie odpowiada potrzebom chorych; zamiast materaców chorzy mają sienniki, wypchane słomą; brak kołder i szlafroków uniemożliwia ich odkażanie przy przechodzeniu od chorego do chorego; brak bielizny, pościeli i wogóle przedmiotów codziennego użytku, jak np. widelców i noży.

Dalej sprawozdanie zwraca uwagę na nienormalnie niskie uposażenie lekarzy, których ilość możnaby uważać za wystarczającą. Znaczna ilość lekarzy (część ordynatorów, asystenci) nie pobiera nic za swą pracę szpitalną, inni pobierają płacę bardzo małą. Wskutek tego, podczas gdy w Cesarstwie nietylko w miastach stołecznych, lecz i w gubernialnych utrzymanie personalu lekarskiego zużywa 15%—20% ogólnych wydatków, w Warszawie taż pozycya waha się pomiędzy 3% a 10%. Sprawozdanie zaznacza brak prosektorów w szpitalach, a także znaczne ograniczenie środków leczniczych, które się sprowadzają właściwie do noża i recepty.

Przechodząc z kolei do pielęgnowania chorych, sprawozdanie powiada: »Wogóle liczbę osób, przeznaczoną do pielęgnowania chorych, można uważać za wystarczającą. Pomimo to zewsząd powtarzają się skargi na brak obsługi szpitalnej«. To ostatnie ma zależeć od nieodpowiednich urządzeń szpitalnych, uniemożliwiających zachowanie czystości; od nizkiego poziomu kulturalnego samych chorych; wreszcie od złego uposażenia i złego pomieszczenia służby szpitalnej, która z tych względów przy pierwszej sposobności opuszczą szpitale. Pomimo, że tak miały jakoby orzec liczne komisye, niezupełniebym się pisał na to. Przedewszystkiem nie mogę się zgodzić na to, by liczba osób, przeznaczonych do pielęgnowania chorych, była wystarczająca. Zagranicą, gdzie rzeczywiście łatwiejsze jest utrzymanie porządku wskutek lepszych urządzeń oraz wyż-

szej kultury chorych szpitalnych, średnio przypada około 10 chorych na jedną osobę pielęgnującą. Trzeba jednakże zwrócić uwagę na to, że ta osoba zajmuje się tylko chorymi, nie mając obowiązku zamiatania, mycia okien, czyszczenia wychodków i schodów, wynoszenia śmieci, biegania na posyłki, noszenia z kuchni jedzenia (służba kuchenna dostarcza tam potrawy pod sam pawilon), reparowania bielizny chorych itd. Tymczasem wszystko to stanowi u nas obowiązek służby oddziałowej. Co do liczby chorych, przypadających na jednego posługacza, pewną miarę powinna nam dać tablica statystyczna, pomieszczona w rozdziale siódmym (Tabl. 18, str. 454 i następne). Dotyczy ona wprawdzie stosunków z r. 1910, t. j. z tych czasów, gdy już magistrat dodał trochę sióstr i coś niecoś posługaczy i posługaczek, w każdym razie jednakże i te liczby w braku innych oficyalnych, powinny nam coś powiedzieć. Na nieszczęście muszę wyznać, że przytoczone tam liczby mówią niewiele, a nawet dla mnie są niezrozumiałe. Podług tych danych w Szpitalu Dzieciątka Jezus na jednego posługacza przypada średnio 5·7 do 10·5 chorych, przyczem na 20 przytoczonych oddziałów w 3 tylko średnio ta liczba chorych wynosi 10 z ułamkiem. Taki stosunek służby do chorych, gdyby istniał w rzeczywistości, mógłby uchodzić za świetny. Szkoda wielka, że układający tablicę w objaśnieniu do niej (str. 275) nie przytoczył, jaką drogą te liczby otrzymał.

Bez tego można się jedynie domyślać, że prawdopodobnie przy obliczaniu uwzględniono nie rzeczywistą liczbę chorych, lecz liczbę łóżek, i tę oto liczbę podzielono przez ogólną liczbę służby w pawilonie. Tą drogą otrzymano liczby fałszywe. Wszystkim przecież wiadomo, że poza oficyalnemi łóżkami na oddziałach były poustawiane rozmaitego typu brankardy dodatkowe, bardzo często sumptem ordynatorów fundowane; lecz i tego nie wystarczyło, to też podłogi korytarzy były pozakładane wprost siennikami, na których nieraz ciężko chorzy leżeli. Tak się prawie cały rok działo; to też statystyka nie może i tych chorych pomijać, tembardziej, że obsługa ich nieraz jest cięższa, niż leżących na łóżkach.

Z drugiej strony w każdym oddziale część tylko należącej doń służby zajmuje się właściwą obsługą chorych na salach. A więc nie może tu wejść w rachubę służba kuchenkowa, służba przy salach operacyjnych, opatrunkowych i pracowniach, wreszcie służba nocna, która wszędzie obliczona jest oddzielnie. Gdy te poprawki porobimy, to się okaże, iż obecnie na jednego posługacza, względnie posługaczkę szpitalną przypada 15 do 25, a niekiedy i więcej chorych. A zatem i w 1907 r. było nie lepiej. Co do Sióstr Miłosierdzia, to i tu przy obliczaniu (przynajmniej co do niektórych oddziałów) musiała zajść takasama pomyłka. Zresztą Siostra Miłosierdzia wbrew swemu przeznaczeniu, u nas zajmuje się przeważnie stroną gospodarczą, z właściwem zaś pielęgnowaniem chorych stosunkowo ma mniej do czynienia. Lecz nawet i w tym sensie pojmowanych Sióstr Miłosierdzia było w r. 1907 stanowczo za mało. Na jedną Siostrę wypadało wówczas po 50 do 60 i więcej chorych. W tych warunkach nie można było w Szpitalu Dzieciątka Jezus zorganizować nawet jakiejkolwiek nocnej opieki nad chorymi. Dopiero magistrat dodał trochę Sióstr Miłosierdzia i przez to poprawił nieco stosunki.

Co do innych przyczyn narzekania na służbę szpitali warszawskich, to oprócz podanych przez Księgę pamiątkową (piszę się na nie w zupełności), muszę jeszcze wymienić brak wykształcenia specyalnego i brak jakiegokolwiek unormowania ich pracy i wypoczynku. Przecież nawet Siostry Miłosierdzia nie otrzymują u nas absolutnie żadnego racyonalnego przygotowania teoretycznego ani praktycznego w sprawie pielęgnowania chorych. Służba niższa, czyli t. zw. posługacze, to ludzie bez żadnych kwalifikacyi, często analfabeci. Przychodzą do szpitala, nic nie umiejąc, i prędzej czy później opuszczają go, niewiele się nauczywszy.

Rozdział piąty Księgi kończy się krótkiem podsumowaniem tego, co już było mówione w poszczególnych opisach nieruchomości dochodowych, które należą do szpitali i zakładów dobroczynnych. Naogół obraz nie wesoły. Dość powiedzieć, że w wielu folwarkach w ciągu swej 37-letniej działalności nie zdołała Rada miejska dobr. publ. ustalić ani granic, ani zajmowanej przestrzeni. W wielu folwarkach zabudowania mieszkalne i gospodarcze są w stanie złym. O folwarku Rakowiec (perła szpitala św. Rocha) powiedziano, że »obecny sposób eksploatacyi folwarku Rakowiec musi uledz zmianie, w przeciwnym bowiem razie folwark zostanie doprowadzony do zupełnej ruiny«. Place miejskie, mające dużą wartość, przynosiły nadspodziewanie mało. Tosamo, zdaje się, można powiedzieć i o folwarkach oraz innych nieruchomościach, jak to zresztą opinia ogółu oddawna już głosiła. Zresztą można o tem coś sądzić z faktu, przytoczonego w odnośniku na str. 228, gdzie powiedziano, że magistrat zawarł nowy kontrakt z dzierżawcą folwarku Rudnik. Mocą tego kontraktu, zamiast płaconych dotychczas 735 rb., dzierżawca zobowiązał się płacić 2000 rb. rocznie, a nadto w ciągu pięciu lat wykonać kolejno następujące roboty: odnowić stajnię i szpichlerz, pobudować stodołę, zbudować drewniany dom mieszkalny, najmniej z pięciu pokoi, kuchni i wygód gospodarskich, wybudować ośmioraki dla służby (na dwie ostatnie budowle ma otrzymać materyał budowlany).

Tu dodać należy, że obejmując pod swój zarząd szpitale, magistrat z konieczności musiał przejąć i ich długi. Dość powiedzieć, że deficyt w r. 1906 wynosił 490000 rb., a ogół długów i zobowiązań, zaciągniętych przez Radę miejską dobr. publ., które magistrat musiał pokryć do 1 kwietnia 1908 r., stanowił 801040 rb.

Rozdział siódmy całkowicie poświęcono przeglądowi tego, co magistrat dokonał, dokonać zamierzał lub przynajmniej zaprojektował w latach, sprawozdaniem objętych. Zupełnie słusznie na początku tego rozdziału pomieszczono, że magistrat przejął zakłady dobroczynne w najbardziej niekorzystnych warunkach ich bytu i że miał przed sobą trudne i odpowiedzialne zadanie. Tak samo słusznie powiedziano, że rozpoczynał magistrat działalność w warunkach sprzyjających, albowiem społeczeństwo przyjęło nader przychylnie sam fakt przekazania magistratowi zakładów dobroczynnych i gotowe było służyć mu pomocą moralną; że jednakże toż społeczeństwo zbyt może pohopnie pragnęło i żądało natychmiastowych zmian tam, gdzie należało przedewszystkiem jak najrychlej zaprowadzić jakikolwiek ład, by dopiero następnie módz przystąpić do zmian gruntownych. Na to wszystko zgoda; niepodobna przecież żądać odrazu wielkich reform tam, gdzie się ma na karku zapłacenie przeszło ośmiukroć sto tysięcy długów i podpieranie tego, co się wprost wali. To też nie godziłbym się z tymi, którzy twierdzą, że dotąd nic nie zrobiono i że się w szpitalach pod zarządem magistratu dotąd prawie nic nie zmieniło na lepsze. Zmiany są, tylko że z samej istoty rzeczy nie mogą być efektowne. Dobrze zatem, iż nam magistrat dostarcza danych, byśmy mogli dokładniej ocenić jego działalność. Otóż trzeba przyznać, że po otrzymaniu spadku Rady miejskiej dobr. publ. zabrano się odrazu rączo do roboty, że już w ciągu pierwszych dwóch lat cośkolwiek zrobiono, a jeżeli nie zrobiono więcej, to zależało od braku środków, od przeszkód zewnętrznych, wreszcie od zbyt krótkiego czasu. Wyrażając i za to, czego dokonano, zupełne uznanie, muszę jednakże poczynić tu niektóre uwagi.

Działalność swą rozpoczął magistrat od tego, że do swego kolegium dobrał czterech członków ze społeczeństwa i zorganizował specyalny Wydział dobroczynności publicznej, którego kierunek objął K. Koralewski. Następnie dla wypracowania planu reform wybrał dwie komisye. Z tych jedna miała zająć się sprawą najniezbędniejszych reform w szpitalnictwie, a przedewszystkiem powiększenia liczby łóżek szpitalnych; druga zaś, obmyślaniem potrzebnych na to funduszów. Wynik działalności obu tych komisyi sprawozda-

nie podaje. Komisya finansowa pod przewodnictwem E. Zienkowskiego wypracowała projekt opodatkowania wszystkich mieszkańców m. Warszawy na rzecz szpitali, lecz projektu tego Ministeryum spraw wewnętrznych nawet nie rozpatrywało wobec zamierzonego wprowadzenia w Warszawie samorządu miejskiego. Do komisyi szpitalnej pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego obok inspektora szpitali, naczelnika zakładów dobroczynnych i budowniczego, weszli jeszcze naczelni lekarze szpitali i kilku ordynatorów. Nie powiem, by wynik działalności tej komisyi można było nazwać zupełnie udatnym. Trudno mi na tem miejscu poddawać cały projekt szczegółowej krytyce, niemniej przeto należy niektóre jego punkty omówić, ponieważ jest to głos lekarzy, powołanych przez magistrat do wypowiedzenia swej opinii. Muszę tu przedewszystkiem uczynić jedną uwagę. Tak w tym projekcie, jak i w wielu innych robotach, przedsiębranych bądźto przez b. Radę miejską dobr. publ., bądźto już w nowszych czasach przez magistrat, przebija często jeden objaw, a mianowicie brak ludzi fachowych, dokładnie obznajmionych z wymaganiami szpitalnictwa. Przy prowadzeniu tak ważnej sprawy, jak szpitalnictwo w Warszawie, magistrat musi mieć bezwarunkowo przynajmniej jednego lekarza i jednego budowniczego, dokładnie znających stan szpitalnictwa na Zachodzie (specyalnie w Niemczech) i wciąż śledzących rozwój tej tak dziś żywotnej umiejętności.

(Dok. nast.).

Konkurs.

Jeden ze współpracowników »Przeglądu lekarskiego« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Izba lekarska zachodnio-galicyjska ukonstytuowała się na posiedzeniu w d. 4. V., wybierając prezydentem Dr St. Schoenguta, wiceprezydentem Dr W. Damskiego, członkami Wydziału Drów Bednarskiego (z Alwernii), Ciechanowskiego i Stahra, zastępcami Dr Dietziusa (z Jarosławia), Łowczowskiego (z Wojnicza) i Płochockiego (z N. Sącza), delegatem do Krajowej Rady zdrowia Dra Ciechanowskiego, zastępcą delegata Dra Dietziusa; członkami komisyi kontrolującej Dr Dietziusa i Zaleskiego (z Sanoka).

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła d. 4. V. 1912 we Lwowie posiedzenie, na którem przedmiotem obrad były wnioski Związku lekarzy rządowych w Galicyi w sprawie poprawy pomocy położniczej dla ludności, sprawa wydawania kąpieli w Krynicy, zakładu leczniczego w Zakopanem i docentury higieny w szkole wydziałowej w Drohobyczu.

— Wydział lekarski uchwalił na posiedzeniu w d. 10. V. przedstawić Prof. Dr Emila Godlewskiego na zwyczajną katedrę biologii i embryologii, a na posiedzeniu d. 27. II. Prof. Dr Stanisława Ciechanowskiego do tytułu i charakteru profesora zwyczajnego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Korwin Szymański, rodem z Warszawy i p. Kazimierz Jaworski, rodem z Lublina.

— Wiercenia podjęte w Krynicy natrafiły na pierwsze ślady wody mineralnej w głębokości 104 m.

Warszawa. W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy poruszył Dr K. Rzętkowski niedomagania naszej prasy lekarskiej, nawołując do skupienia sił i środków i przypominając między innemi potrzebę złączenia obu tygodników warszawskich w jeden. Dało to powód do polemiki między Dr Z. Srebrnym a Dr Rzętkowskim na szpaltach »Medycyny i Kroniki lekarskiej« (Nr 17 i 18), z której wnosić można, że poczucie konieczności reform na tem polu, poruszonej przez nas jeszcze przed laty kilkunastu, a potem podnoszonej niejednokrotnie w czasopismach i na Zjazdach lekarskich naszych, staje się coraz głębsze i szersze. Należy mieć nadzieję, że ostatnia dyskusya przyczyni się do przyspieszenia tych reform. Nie powtarzając tego, co wielokrotnie o tem już u nas pisano i mówiono, przypomnimy tylko przy tej sposobności podaną przez nas niedawno wiadomość o ostatecznem uregulowaniu stosunków w czasopiśmiennictwie lekarskiem czeskiem, gdzie wszystkie czasopisma połączyły się w zeszłym miesiącu w jedno wydawnictwo. Dlaczegóżby u nas nie miało być możliwe to, czego dokonali Czesi, odznaczający się wielkim zmysłem praktycznym?

— Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy w Warszawie miała w r. z. (dwunastym istnienia) 143 członków, 69.609 rb. majątku, 1612 rb. czystego dochodu; wypożyczono 18.925 rb., wypłacono dywidendy (3%) 1318 rb. Do Zarządu na r. b. zostali wybrani Drowie Guranowski, Kucharzewski, Hewelke, Wisłocki i J. Zawadzki (Medyc. i Kronika lek. 18).

— Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy, zawiązane 26. I. 1911, miało w r. 1911 404 członków, 8457 rb. majątku, 8463 rb. dochodu, a 7588 rb. rozchodu. Przy Stowarzyszeniu działały komisye: przemysłowo-lekarska, kooperacyjna, dla spraw medycyny i praktyki prowincyonalnej. Konferencyi odbyło się 6, mianowicie: 1) Dr Hewelke: »O oględzinach pośmiertnych«, 2) Dr J. Zawadzki: »O stosunku lekarza leczącego do lekarza chorego i jego rodziny«, 3) p. Nowodworski: »Medycyna a prawo«, 4) Dr Kramsztyk: »Wschodnie brzegi Afryki«, 5) Dr Bronowski: »Stan materyalny lekarzy w Królestwie«, 6) p. Miklaszewski: »O t. zw. środkach odżywczych«. (Med. i Kron. lek: 18).

— Powołana przez Magistrat komisya budowy zakładu dla obłąkanych obliczyła koszt zakładu o 550 łóżkach na 2,500.000 rubli. a koszt jednego dnia szpitalnego w tym zakładzie na 70 kop. Budowa zajmie cztery lata.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 29. IV. do 6. V. 1912 przypadków: ospy 6 † 3, płonicy 1, duru osutkowego 1. Dr Trenkner.

Z różych stron. Doroczne zebranie angielskiego »Royal Institute of Public Health« odbędzie się 25—28 lipca b. r. w Berlinie. Głównymi tematami obrad (które odbędą się w języku angielskim) będzie sprawa gruźlicy (sprawozdawca prof. Woodhead) i szczepienia przeciwdurowe (Cummins).

Zmarli: dr. Izydor Krakowski z Warszawy w 50 r. ż. w Zakopanem.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 4. Cena 2 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Tegoroczny zeszyt czwarty, przeznaczony jak zwykle na rozprawy z zakresu chorób dróg moczowych, wenerycznych i skórnych, zawiera 4 prace: 1) Prof. Klemperera: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu kamicy nerkowej«, 2) Prof. Oberlaendera: »Moczenie krwawe«, 3) Prof. Jadassohna: »Jakie stanowisko zająć ma lekarz praktyczny wobec leczenia kiły salwarsanem?« 4) Dr K. Sieberta: Postępy w leczeniu wiewióra«. Zwłaszcza obie ostatnie rozprawy mają wartość dla szerszych kół lekarskich. W rozprawie Prof. Jadassohna o salwarsanie omówiona jest metodyka, dawkowanie, leczenie kombinowane z leczeniem rtęcią i t. d., szkodliwe skutki uboczne, wreszcie rozpatruje autor pytanie, czy lekarz-praktyk ma prawo i obowiązek stosować salwarsan, odpowiadając na nie z pewnemi zastrzeżeniami twierdząco. Z.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. maja 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr Z. Szymanowskiego: O anafilaksyi.